المرشد في

العلاج الإستعرافي السلوكي

الأستاذ الدكتور

ناصر بن إبراهيم المحارب

أستاذ علم النفس



دار الزهـراء - الرياض

هـ: ٤٦٤١١٤٤

ف: ٤٦٥٩٥٣٧


mohamed khatab

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

المحارب ، ناصر إبراهيم

المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي.- الرياض.

٣٥٦ ص ، ١٧×٢٤ سم

ردمك ، ٨ - ١٢٦ - ٣٦ - ٩٩٦٠

١- العلاج النفسي أ- العنوان

ديوي ١٧٥.٩٤ ٢٠/١٥٦٣

رقم الإيداع : ٢٠/١٥٦٣

ردمك : ٨ - ١٢٦ - ٣٦ - ٩٩٦٠


بسم الله الرحمن الرحيم


mohamed khatab

تقديم

مع ارتفاع مستوى الثقافة الصحية والنفسية في مجتمعنا العربي بصورة عامة أصبحت فكرة العلاج النفسي من الأمور المألوفة لدى الكثير من الناس وانتشرت العيادات التي تقدم الخدمات النفسية في أنحاء كثيرة من الوطن العربي وبرزت الحاجة إلى المزيد من المعالجين النفسيين و إلى الأساليب العلاجية التي تمكنهم من تقديم المساعدة لمن يحتاج لها.

وخلال الربع الأخير من القرن العشرين ظهرت وتبلورت معالم النظرية الاستعرافية التي تحاول تفسير السلوك الإنساني غير الفعال وتعديله ومنع حدوثه باستخدام العديد من الأساليب الاستعرافية والسلوكية.

وتشير الدراسات العلمية الحديثة إلى أن العلاج الاستعرافي السلوكي، مقارنة بغيره من أنواع العلاج النفسي الأخرى، هو العلاج الأكثر فعالية في التعامل مع الكثير الاضطرابات السلوكية وكذلك في الوقاية منها. وهكذا فمن الممكن الاستفادة من النظرية والعلاج الاستعرافي السلوكي في العيادات النفسية وفي المدارس والمصانع وغيرها لعلاج الاضطرابات النفسية وإعداد البرامج الوقائية الملائمة للحد من انتشارها.

ويقدم هذا الكتاب للأطباء والأخصائيين النفسيين وطلاب الطب النفسي وعلم النفس والخدمة الاجتماعية والمرشدين الطلابيين، في ثلاثة أبواب، وبأسلوب سهل الفهم، الأسس النظرية للعلاج الاستعرافي السلوكي والفنيات المستخدمة فيه والخطط العلاجية المناسبة لعلاج الاضطرابات النفسية الشائعة.

ناصر المطارب

الباب الأول: الأسس النظرية للعلاج الاستعرافي السلوكي

الفصل الأول: تعريف وتطور العلاج الاستعرافي السلوكي

تعريف العلاج الاستعرافي السلوكي

ظهر مصطلح (Term) العلاج الاستعرافي السلوكي في التراث العلمي في بداية الثلث الأخير من هذا القرن وأصبح، في وقت قصير، العلاج النفسي الرئيسي في معظم الدول المتقدمة (Clark and Fairburn, 1997). وكما يستدل من اسمه يعتبر هذا النوع من العلاج النفسي كما عرفه كندول Kendall 1993 محاولة دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي التي ثبت نجاحها في التعامل مع السلوك ، مع الجوانب الاستعرافية لطالب المساعدة بهدف إحداث تغييرات مطلوبة في سلوكه. وبالإضافة إلى ذلك يهتم العلاج الاستعرافي السلوكي بالجانب الوجداني للمريض وبالسياق الاجتماعي من حوله من خلال استخدام استراتيجيات استعرافية ، سلوكية ، انفعالية ، اجتماعية وبيئية لإحداث التغيير المرغوب فيه. وهكذا فإن النموذج الاستعرافي السلوكي يشتمل على علاقة الاستعراف والسلوك بالحالة الوجدانية للفرد وبأداء الفرد في السياق الاجتماعي الذي يعيش فيه. وقد استطاع العلاج الاستعرافي السلوكي من خلال اهتمامه بالأفكار والمشاعر تضييق الفجوة بين العلاج السلوكي الصرف وبين العلاجات الديناميكية (Dynamic) معتمداً في ذلك على فنيات مبنية على أسس علمية قابلة للتطبيق والتقويم (Gelder,1991) .

وكلمة استعرافي Cognitive مشتقة من مصطلح استعرافCognition. وقد استخدمت العديد من الكلمات كترجمة لهذا المصطلح ؛ استغراق (المعجم الطبي الموحد،١٩٨٤)، تعرّف (قشقوش،١٩٨٥) وذهن (العنزي، ١٩٩٩) ومعرفي (معرفة) في التراث النفسي العربي. والثلاث كلمات الأولى (استعراف، تعرّف وذهن) هي الترجمات المناسبة لـ(Cognition). وقد فضل

الكاتب استخدام استعراف لأنها هي الأقرب إلى كلمة معرفي(معرفـــة) التـــي تستخدم بكثرة في التراث النفسي العربي. ويقصد بالاستعراف العمليات التـــي تعني بتصنيف وتخزين ودمج المعلومات التي يتعـــرض لـــها الإنســـان مـــع المعارف الموجودة لديه واستدعاء واستخدام هذه المعارف فيمـــا بعـــد ذلـــك (Brewin, 1989) . وتشتمل هذه العمليات على الإدراك والانتبـــاه والتذكـــر والربط والحكم والتفكير والوعي (الحفني ، ١٩٨٧، ص ١٤٣) . وللاستعراف بطبيعة الحال مكانة خاصة في العلاج الاستعرافي الســـلوكي ن حيـــث أنـــه، بالإضافة إلى احتوائه على البنية النظرية اللازمة لمعالجة المعلومـــات التـــي توليها النظرية الاستعرافية اهتماماً خاصاً، يشتمل على عملية التفكـــير حـــول التفكير أو ما يسمى (ما وراء الاســـتعراف Metacognition) إلـــى جـــانب الموضوعات (الأشياء) أو الحوادث التي يتشكل منها محتوى التفكير (Alford and Beck, 1997, P.42) .

والعلاج الاستعرافي السلوكي عبارة عن مظلة تنطوي على العديـــد مـــن أنواع العلاج التي تتشابه في جوهرها وتختلف في مدى تأكيدها علـــى أنـــواع معينة من الفنيات. وعلى الرغم من أنه من الممكن رصد أكثر مـــن عشـــرين نوعاً من هذه الأنواع فإن أشهرها :

١- التصورات الشخصية لكلي Kelly .
٢- العلاج العقلاني الانفعالي لأليس Ellis .
٣- العلاج الاستعرافي لبك Beck .
٤- أسلوب حل المشكلات لقولدفرايد وقولدفرايدGoldfried & Goldfried .
٥- تعديل السلوك الاستعرافي لمكينبوم Meichenbaum
(Mahoney, 1993; Brewin, 1989) .

ومن بين هذه الأنواع العلاج الاستعرافي السلوكي سوف يتم التركيز فـــي هذا الكتاب على العلاج الاستعرافي لبك دونما تجاهل لمســـاهمات المنظريـــن الآخرين . ويتميز أسلوب بك بأنه الأكثر انسجاماً مع مستجدات البحوث التـــي تصدر عن الباحثين في علم النفس الاســـتعرافي وعلـــم النفـــس الاجتمـــاعي

وغيرها من العلوم ذات العلاقة بالعمليات الاستعرافية لدى الإنسان,J. Beck) (1991.كما أن بك وزملاءه قد طوروا نظرية استعرفية يعتمد عليها العلاج الاستعرافي السلوكي كأساس يحدد على ضوئه نوع الفنيات التي تستخدم في هذا العلاج .

ولعل من نقاط القوة في النظرية التي طورها بك كركيزة للعلاج الاستعرافي أنه ، من خلال تفحصه لما هو متوفر من أنواع العلاج النفسية باختلاف منطلقاتها النظرية ، أخذ بعين الاعتبار واستفاد من العديد من الأفكار والأساليب التي يرى أنها تساعد في نجاح أسلوبه دون الإخلال بالمسلمات التي بنى عليها نظريته ، ومن ذلك (١) مفهوم فرويد حول البناء الهرمي للاستغراق (عمليات أولية وعمليات ثانوية) ومحاولة اكتشاف خيوط مشتركة (Common threads) في انفعالات وأقوال المريض وكذلك مفهوم ما قبل الشعور (٢) نظرية التصورات الشخصية (Personal construct) لكلي Kelly والنظريات الاستعرافية للانفعال التي طرحها Arnold and Lazarus (٣) التركيز على مشكلات محددة في اللحظة الراهنة (Here and now) عند رقز وأليس Riggs and Ellis (٤) أسلوب روجرز في طرح الأسئلة في العلاج المتمركز حول الشخص و (٥) بناء المقابلة وجدول الجلسة واستحثاث وجهات نظر المريض وتحديد الأهداف وتعريض المشكلة إجرائيا وفحص الفرضيات والواجبات المنزلية من المدرسة السلوكية ,Beck and Rush) . 1989, P.1542)

ويتميز العلاج الاستعرافي لبك أيضا بأنه يتعامل مع كل حالة حسب ظروفها ، حيث تتم صياغة مشكلة كل مريض بناء على النموذج الاستعرافي الخاص بالاضطراب الذي يعاني/ تعاني منه (Beck,Wright,Newman and Liese, 1993, P.27). كما وجد بيرسونز وبيرنز وبيرلف Bersons, Burns and Perloff (1988) أن فعالية العلاج الاستعرافي غير مرتبطة بعمر أو دخل (الحالة الاقتصادية) أو الخلفية الاجتماعية أو المستوى التعليمي للمريض (In: J. Beck,1996, P.2) . وبالإضافة إلى ذلك

يطبق العلاج الاستعرافي في الكثير من بلدان العالم كعلاج أساسي أو كعلاج مساعد لجميع الأمراض تقريباً (J. Beck, 1996, 2) .

تطور العلاج الاستعرافي السلوكي

ظهرت الفكرة الأساسية التي ينادي بها العلاج الاستعرافي السلوكي اليوم قبل مئات السنين من ظهور العلاج نفسه. فقد لاحظ الفلاسفة اليونانيون أن الإدراك يلعب دوراً هاماً في تحديد نوع استجابة الإنسان للمثيرات التي يتعرض لها خلال حياته وفي هذا الخصوص يقول (أبيقورس) " لا يضطرب الناس من الأشياء ولكن من الآراء التي يحملونها عنها " (إبراهيم ، ١٩٩٤، ص ٢٧٣) . كما أنه من الممكن العثور على الجذور الأولى للعلاج الاستعرافي في الفلسفات الكلاسيكية القديمة . فقد مارس الأفيثاغوريون (Pythagoreans) تمارين عقلية لضبط النفس ، وبحث الافلاطونيون عن الحقيقة التي كانوا ينتظرون ظهورها في ما يدور من حديث بين المعلمين وأتباعهم وتعلم الرواقيون (Stoics) التحكم في انفعالاتهم ومارسوا تمرينات مكتوبة ولفظية في عمليات التركيز والتأمل . وبعد ذلك بقرون قام ديكارت بإحياء المدرسة العقلانية وطرح مذهب الثنائية (Dualism) التي أسهمت في بروز ظاهرة فصل العقل عن الجسم . وفي أواخر القرن الثامن عشر وبداية القرن العشرين اجتاحت حركة الاستشفاء (تحقيق الشفاء باستخدام العقل) (Mind care movement) أجزاء من أوروبا وشمال أمريكا والتي تؤكد على قدرة التفكير على تحسين صحة الناس وأحوالهم (Mahoney,1993) .

وقد أشار البدري (١٤١٣هـ) إلى أن العلماء المسلمين قد تنبهوا للدور الذي يلعبه التفكير في توجيه سلوك الإنسان وفي سعادته وفي شقائه وقد اتصفت آرائهم في هذا الموضوع بالفهم المتمكن لطبيعة النفس البشرية والعوامل التي تتأثر بها وتؤثر فيها . وقد سبقوا بذلك العلماء المحدثين في إبراز أهمية العوامل الاستعرافية في توجيه استجابات الفرد للظروف المحيطة

به .

فقد أوضح ابن القيم قدرة الأفكار، إذا لم يتم تغييرها، على التحول إلى دوافع ثم إلى سلوك حتى تصبح عادة يحتاج التخلص منها إلى جهد أكبر (ص٣٣) وأشار الغزالي إلى أن بلوغ الأخلاق الجميلة يتطلب أولاً تغيير أفكار الفرد عن نفسه ثم القيام بالممارسة العملية للأخلاق المراد اكتسابها حتى تصبح عادة (ص ٢٥) ولم يخلو التراث الإسلامي أيضاً من الإشارات الواضحة لأثر التفكير ليس فقط في توجيه السلوك ولكن أيضاً في الحالة الصحية للناس ، ويبدو ذلك جلياً في القول المأثور (لا تتمارضوا فتمرضوا فتموتوا) (ص ٤٩).

وقد تنبه علماء النفس الروس منذ سنوات عديدة لأهمية الحوار الداخلي وتبين لهم أنه مع ازدياد استخدام اللغة تمر عملية تنظيم الفرد لسلوكه بثلاث مراحل :

١- المرحلة الأولى يكون كلام الغير هو المتحكم والموجه لسلوك الطفل الصغير.

٢- وفي المرحلة الثانية يقوم الطفل بتوجيه سلوكه بنفسه بصوت مسموع ؛ يأمر نفسه بأن يفعل كذا أو يتوقف عن ممارسة كذا . والتوجيه المسموع للسلوك من قبل الشخص يمارس أحياناً حتى من قبل الكبار .

٣- ومع التكرار يصل الفرد إلى المرحلة الثالثة وهي التي يحدث التوجيه فيها بصورة تلقائية وغير مسموعة . وفي هذه المرحلة يتحدث الشخص مع نفسه بصورة دائمة وصامتة . التفكير إذن ينظم السلوك ونتائج السلوك تصبح مادة أو غذاء للتفكير أي أن هناك تفاعل مستمر بين التفكير والسلوك (Flanagan, 1990, p.p. 13,14) .

كما أنه من الممكن إرجاع أثر كل أساليب العلاج النفسي، بما في ذلك استخدام العقاقير، التي تؤدي إلى تحسن حالة المريض إلى حدوث تغييرات استعرافية لديه حول توقعاته تجاه العلاج وحول طبيعة ما يشكو منه . و من الصعوبة بمكان الجزم بأن نجاح بعض الفنيات التي تستخدم في العلاج

السلوكي يحدث بمعزل عــن تفكــير المريــض (إبراهيــم ، ١٩٩٤، ص ص ٢٧٤،٢٨١) .

ومع بداية النصف الأخير من هذا القرن بدأ الاهتمام الفعلي بـــالجوانب الاستعرافية ودورها في الاضطرابات وفي العلاج النفسي . ففي عـــام ١٩٥٢ نشر بك Beck مقالا حول تطبيق العلاج الاستعرافي على حالة فصام مزمـــن أشار فيه إلى أنه قام بإضفاء صبغة مقبولة وطبيعية على هذاءات ثم طلـــب منه القيام بفحص منظم لمعرفة دقتها ، وقد لاحظ بشيء من الدهشة أن هذاءات المريض بدأت تختفي بالتدريج (Kingdom & Turkington, 1994) . وقـد لاحظ بك عندما كان يمارس التحليل النفسي مع مرضى الاكتئـــاب أن هنـــاك فروقا في أنماط التفكير بين مرضى الاكتئاب وغير المكتئبين . يفكر المكتئبـون في ويعون بصورة غير واضحة أفكارا محددة لم يتذكروها خلال ممارســتهم للتداعي الحر (Free association) . وكان من الواضح أنهم لا يســـتطيعون أن يعوا هذه الأفكار ما لم يطلب منهم التركيز عليها . ويبدو أن هذه الأفكـــار على الرغم من أنها موجودة على هامش الشعور تلعب دورا هاما في التركيبـة النفسية للذين يعانون من الاكتئاب . وتتميز هذه الأفكار بأنها تظـــهر بســـرعة وبطريقة تلقائية ولا تخضع لإرادة المريض وفي الغالب يعقب هذه الأفكار حالة وجدانية غير سارة (بالنسبة للمرضى الذين يعـــانون مـــن الاكتئـــاب) يعيـــها المريض على الرغم من عدم وعيه أو وعيه بالكاد بهذه الأفكار التلقائية التـــي تسبقها (Beck, 1991) .

سوف نكتفي هنا بهذه الملاحظات المبدئية لبك ونحاول إلقاء الضوء علـى بعض المساهمات الهامة التي أدت إلى تبلور العلاج الاستعرافي السلوكي مثـل أعمال **كيلي (Kelly)** واليس **(Ellis)** **ومكينبـوم (Meichenbaum)** ثـم نعود لاستعراض نظرية بك بشيء من التفصيل في مواضع متعددة مـن هـذا الكتاب على اعتبار أن كتابات بك ونظريته في العلاج الاستعرافي هي الأكـثر تفصيـلا وانتشارا قيـاسا على وضع النظريات العلاجية الاستعرافية السلوكية الأخرى (Salkovskis,1996).

ظهرت العلوم الاستعرافية (Cognitive Sciences) في الفترة ما بين ١٩٥٥ و ١٩٦٥ ولكن التسليم بها كتطور هام في علم النفس لم يتم إلا في السبعينيات . وظهرت العلاجات الاستعرافية الأساسية قبل أو مع ظهور علم النفس الاستعرافي . فقد كانت أفكار كلي حول التصورات الشخصية Kelly (١٩٥٥) (Psychology of personal constructs) مصدر إلهام للعلاج الاستعرافي وظهر العلاج العقلاني الانفعالي لأليس قبل التطورات الأساسية في علم النفس الاستعرافي وكانت نظرية علاج الاكتئاب لبك في مراحلها الأولى. وهكذا فإن التطبيقات الإكلينيكية للمنظور الاستعرافي (Cognitive perspective) بصورة عامة سبقت النظرية والبحوث المنهجية (formal) المرتبطة بعلم النفس الاستعرافي (Mahoney, 1993) .

لقد كان لكلي أثر كبير على حركة العلاج النفسي الاستعرافي ، لأنه ركز على أهمية الطرق الذاتية التي ينظر ويفسر من خلالها الفرد ما يدور حوله في تغيير السلوك (Blackburn & twaddle, 1996, p2) . فيرى كلي في نظريته : نظرية التصورات (يستخدم بعض الكتاب العرب كلمتي مكونات ومفاهيم بدلا من تصورات) الشخصية (personal construct theory) أن العالم يقوم بصياغة تصورات حول ما يجري من حوله ثم يتفحص هذه التصورات ويقوم تبعاً للنتائج التي يتوصل إليها بتصحيح أو تعديل هذه الفروض ، أي أنه يقوم بإعطاء معاني للظواهر لكي يستطيع فيما بعد توقّع ما قد يحدث ويحاول التحكم به. وما ينطبق على العالم ينطبق بصورة عامة على الناس (Phares, 1984, p.159) .

موقف الإنسان من العالم من حوله ، كما يرى كلي ، هو موقف المفسر النشط ، يفسر العالم تبعاً لتصوره للاحتمالات الموجودة فيه لكن عملية التصور هذه لا توصل إلى الحقيقة مباشرة وما يستطيع الإنسان عمله هو تشكيل تقربات متتابعة (Progressive approximations) للعالم بناء على توقعاته ومن ثم تفحص هذه التوقعات من خلال النظر فيما يحدث فيما بعد كما يفعل العلماء تجاه الفرضيات التي يقومون بصياغتها (Blowers & O'connor, 1995) .

وبصورة مبسطة يحاول الناس تفسير الأحداث ثم يكونون تصورات (توقعات) حول ما سيحدث أو يتصرفون بطريقة تزيد من احتمال حدوث ما توقعوه . وإذا ما أردنا إيجاد صلة بين ذلك وبين الاضطرابات النفسية ودور الاستعراف فمن الممكن القول بأن الطريقة التي ينظر بها الناس للبيئة المحيطة قد تخلق لهم ، إذا لم تكن فعالة، مشكلات قد تساهم في نشوء الصعوبات النفسية (Phares, 1984, p. 435 ; Cassidy, 1999, p. 143) . تظهر المشكلات النفسية إذن عندما يعجز النظام التصوري (Construct system) لدى الفرد في توقع الحوادث أو احتوائها ضمن الخبرات السابقة بطريقة تكفل القيام بسلوك منتظم ، الأمر الذي يؤدي إلى إحداث تشويه في النظام التصوري للفرد وهذا بدوره يقود إلى التوتر. لدى كل فرد مجموعة من التصورات الأساسية التي يكوّن من خلالها هوية لنفسه واضطراره للابتعاد عن هذه الهوية في سبيل استيعاب خبرات جديدة قد يؤدي إلى شعوره بالذنب . وقد يشعر الفرد بالقلق في حالة عدم قدرته على التوقع بما سيئول إليه موقف معين وعدم استطاعته بالتالي على القيام بسلوكيات ملائمة . وفيما يخص التعامل مع هذه المشكلات وكيفية التعرف عليها فبخلاف التوجه المعروف لدى مدرسة التحليل النفسي التي تشكك في قدرة الفرد على تحديد طبيعة مشكلاته النفسية ، فإن لدى كلي ثقة في قدرة الفرد على اكتشاف طبيعة مشكلاته النفسية وبالتالي فلا بأس، بالنسبة له، من الاعتماد على التقرير الذاتي للمريض (Harr'e & Gillett, 1994, p.138).

وكما هو الحال مع المخطوطة (سوف يتم التعرض للمخطوطة في مواقع متعددة في الصفحات التالية) من الممكن استبدال التصورات الشخصية غير الفعالة بتفسيرات أو توقعات أخرى (Viney, 1993). وهكذا فان كلي يركز على محاولة إعادة البناء التصوري للمريض لكي يصبح بالتالي قادراً على توقع الأحداث وعلى التعلم من الخبرات والتغلب على الصعوبات النفسية. ومن بين الفنيات التي استخدمها كلي لتحقيق ذلك فنية لعب الأدوار بأشكال مختلفة: ففي عكس الدور (Role Reversal) مثلاً يطلب من المريض لعب دور أحد الأشخاص المهمين في حياته بينما يلعب المعالج دور المريض وتساعد هذه

الفنية المريض في النظر بشكل آخر لعلاقته بذلك الشخص وفي فنية الدور الثابت يقوم المعالج بإعداد دوراً افتراضياً يختلف عن الدور الحقيقي للمريض ويطلب منه تطبيقه لفترة طويلة قد تمتد إلى عدة أسابيع وذلك بهدف مساعدة المريض على إعادة بناء ذاته (ابن دليم ١٤١١هـ ، ص ٣١٩) .

وفي الوقت الذي كان فيه بك يبتعد بالتدريج عن التحليل النفسي ويبني نظريته في العلاج الاستعرافي خطوة بخطوة وكان كلي يبلور أفكاره حول دور الجوانب الاستعرافية في تكيف الإنسان مع بيئته كان ألبرت أليس (Albert Ellis) هو الآخر بصدد التخلي عن التحليل النفسي وتطوير نظرية استعرافية سلوكية خاصة به . يقول أليس بخصوص تزامن تطويره لنظريته مع بناء بك لنظريته وتخليهما عن التحليل النفسي " وبصورة مستقلة عن ما قمت به ، بدأ أيضاً معالج تحليل نفسي آخر من فيلادلفيا (يقصد بك) بالتخلي عن الفنيات التحليلية وتطوير نوع من العلاج الاستعرافي جدا " (Ellis, 1979, p. 173). وكأول علاج استعرافي سلوكي ، من وجهة نظر أليس ، كان العلاج العقلاني الانفعالي استعرافي وواقعي ونشط ومباشر (Ellis, 1993) .

بدأ أليس ممارسة العلاج النفسي عام ١٩٤٣ من خلال التعامل مباشرة مع مشكلات المرضى واستطاع مساعدتهم في التغلب على مشكلاتهم في عدد قليل من الجلسات لا يتجاوز في الغالب ١٥ جلسة باستخدام العديد من الفنيات . وقد لاحظ أن العلاج النشط المباشر يعطي ثماره فتخصص فيه . غير أنه بحثاً عن علاج نفسي أكثر عمقاً قرر أن يكون محللاً نفسياً وبدأ في دراسة التحليل النفسي عام 1947 وبعد ممارسته له اتضح له أنه غير مجد بالإضافة إلى أنه يتجاهل كلياً العلاج السلوكي الذي كان قد استخدمه للتخلص من القلق المتعلق بالحديث أمام الآخرين والقلق الاجتماعي الذي عاني منه عندما كان في التاسعة عشر من عمره.

وفي الفترة من ١٩٣٥-١٩٥٥ درس أليس عدداً كبيراً من الأساليب العلاجية ثم توصل في يناير ١٩٥٥ إلى ما أسماه العلاج العقلاني (Rational

(therapy وغير اسمه في عام ١٩٦١ إلى العلاج العقلاني الانفعالي(Rational emotive therapy) (Ellis,1996,pp.4-6).

ويشير كوري ١٩٨٦ إلى أن أليس قد اعتمد في تطوير نظريته على دمج جوانب من العلاجات الإنسانية والسلوكية. ويعتبر كتابه (العقل والانفعال في العلاج النفسي Reason and Emotion in psychotherapy) (1962) الذي احتوى على مقالات في العلاج العقلاني الانفعالي نشرت منذ عام ١٩٥٦ وما بعد ذلك من الأعمال الرئيسية التي ساهمت في دفع الاتجاه الاستعرافي في العلاج النفسي كأسلوب مغاير لأنواع العلاج التقليدية السائدة آنذاك (P.208) . ويرجع أليس نشوء الأمراض النفسية إلى ما تم تعلمه من الأفكار غير العقلانية من الناس المهمين خلال فترة الطفولة بالإضافة ما يبتدعه الأطفال أنفسهم من اعتقادات غير منطقية وخرافات . وبعد ذلك يقوم الناس بإعادة تنشيط هذه الاعتقادات غير الفعالة من خلال الإيحاء الذاتي والتكرار . وتنتج معظم الانفعالات من التفكير ويشكل اللوم (blame) للنفس وللآخرين حجر الأساس في معظم الاضطرابات الانفعالية (P.212).

وكان أليس قد اقترح في بداية صياغته لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي عددا من الأفكار التي يعتقد أنها المسئولة عن الاضطرابات العصابية :

١- يجب أن أكون محبوبا من قبل كل الناس .
٢- يجب أن أنجز ما أقوم به بطريقة قريبة من الكمال .
٣- بعض الناس مخادعون وأشرار ويستحقون العقاب بسبب ذلك .
٤- من أكبر المصائب سير الأمور بعكس ما يتمنى الإنسان .
٥- أسباب المصائب خارجية ولا يستطيع الفرد عمل أي شيء حيالها .
٦- يجب على الإنسان أن يكون دائما حذرا لكي يتجنب الأخطار التي من المتوقع أن تحدث له في أي لحظة .
٧- التخلي عن بعض المسئوليات وتحاشي التعامل مع الصعوبات أسهل من مواجهتها .

٨- من الأفضل أن يعتمد الإنسان على الآخرين ويجب عليه أن يحرص دائماً على وجود شخص أقوى منه لمساعدته .
٩- ما حدث في الماضي هو أساس السلوك الحاضر وهذا شيء لا يمكن تبديله .
١٠- يجب أن يتأثر الإنسان ويحزن لما يصيب الآخرين من مشكلات .
١١- لكل مشكلة حل وعلى الفرد التوصل إلى هذا الحل حيث بدونه لا يمكن أن تسير الأمور بطريقة مرضية (Flangan, 1990, p. 42) وقد تم فيما بعد حصر هذه الأفكار في ثلاثة أشياء أساسية يصر المريض على تحقيقها : (Musts)

١- يجب أن أكون قادراً على أداء الأشياء المهمة بصورة جيدة وأن أكون قادراً على تكوين علاقات ناجحة ، وإذا لم استطع تحقيق ذلك فإنني شخص غير مؤهل وعديم القيمة . وينتج عن ذلك القلق الشديد والاكتئاب واليأس والشعور بالدونية . وكذلك السلوكيات التالية : الانسحاب والتجنب والإدمان .
٢- يجب على الآخرين مراعاة مشاعري ومعاملتي بطريقة تتسم بالعطف أو بالعدل أو بالمحبة ، فإن لم يفعلوا ذلك فإنهم أناس سيئون وغير جديرين بأن يعيشوا حياة سعيدة . وتكون النتيجة هي الشعور بالغضب والغيظ والهياج الشديد والامتعاض . وعلى الجانب السلوكي المشاجرات والعداء والعنف والحروب والقتل الجماعي .
٣- يجب أن تكون الظروف التي أعيش فيها مريحة وسارة ومشجعة . وإن لم تكن كذلك فهي شيء مروع لا أستطيع تحمله ، ويعني ذلك أن العالم بشع ورديء. وتكون النتيجة الشعور بالإشفاق على الذات والغضب وانخفاض مستوى القدرة على تحمل الإحباط . وسلوكياً الانسحاب والتسويف والإدمان . (Ellis, 1996, p. 13)

وبالإضافة إلى ذلك طرح أليس الكثير من الآراء حول الاضطراب الإنساني والشخصية. ففيما يتعلق بالاضطراب أقترح أليس نظريته (ح أ ع)

ذائعة الصيت . وتمثل أ (الاعتقاد) الهدف الذي يوجه العلاج نحوه على أساس أنه يلعب دوراً كبيراً في ظهور مشكلات المريض ولأن المريض يربط بين ح (الحوادث) وبين ع (العواقب) دون أن يعي أن أ هي التي تحدد نوع الانفعال فان هناك فجوة أو حلقة مفقودة في العلاقة بين ح و ع Beck & Rush, 1989, P.1541) . فما يحدث إذن هو أن الناس بطبيعة الحال يمرون بحوادث غير مرغوب فيها (ح) فينظرون إليها نظرة تعكس ما لديهم من اعتقادات (أ) عقلانية أو غير عقلانية حولها . وتبعاً لذلك يقودون أنفسهم إلى عواقب انفعالية أو سلوكية ملائمة إذا استخدموا الاعتقادات العقلانية أو إلى عواقب انفعالية أو سلوكية غير ملائمة إذا استخدموا الاعتقادات غير العقلانية . ويتبنى أليس هنا الفلسفة العلمية ذات الاتجاه المنطقي الواقعي إلى حد كبير حيث تميل إلى الأمبريقية (الحقيقية) وجمع البيانات التي من الممكن أن يلاحظها ويحسها الإنسان (Ellis, 1993) .

أما بالنسبة للشخصية فقد تبنّت طريقة العلاج العقلاني الانفعالي في مراحلها الأولى، المفاهيم التالية :

١- الاستعداد البيولوجي (Biological Predisposition) . يولد الناس ولديهم استعداد ليكونوا عقلانيين وليحفظوا ويحققوا ذواتهم ولكن لديهم أيضاً استعداداً قوياً للتصرف بطريقة غير عقلانية ومحبطة للذات .

٢-القابلية للتأثر بالحضارة (Cultural influenceability). يتأثر الناس ، تبعا لميولهم الفطرية القوية، خصوصاً خلال طفولتهم بأفراد من عوائلهم وأقاربهم والظروف الحضارية التي يعيشون فيها بصورة عامة . يساهم الناس في ازدياد ، على الرغم من وجود فروق فردية بينهم ، اضطراباتهم الانفعالية وازدياد لاعقلانيتهم من خلال مسايرتهم لبعض العادات الموجودة في العائلة والمجتمع .

٣-التفاعل بين الأفكار والمشاعر والسلوك(Interaction of thought, feeling and action) . يفكر ويشعر ويتصرف الناس الأسوياء بشكل تفاعلي. تؤثر أفكارهم بقوة في (وأحيانا تحدد) مشاعرهم وسلوكياتهم؛ وتؤثر

انفعالاتهم في أفكارهم وتصرفاتهم كما أن تصرفاتهم تؤثر في أفكارهم ومشاعرهم. وأحداث تغيير في أي من هذه المتغيرات قد يتبع بتغيّرات في المتغيرين الآخرين، ولذلك يستخدم العلاج العقلاني الانفعالي أساليب استعرافية وانفعالية وسلوكية.

٤-قدرة العلاج الاستعرافي(The power of cognitive therapy) . يؤدي أي تغيير استعرافي أساسي إلى إحداث تغييرات هامة في مشاعر وسلوكيات متعددة بينما لا يؤدي التغيير الهام في المشاعر أو السلوك إلا إلى تغيير استعرافي محدود (Burks & Stefflre, 1979) .

ومع مرور السنين وبعد ما كتب عن العلاج العقلاني الانفعالي تأييداً أو رفضاً، بدأ أليس في تليين موقفه تجاه الواقعية المنطقية (Logical Positivism) . فبدلاً من تمسكه بأنه من الممكن الوصول إلى الحقيقة المطلقة من خلال الملاحظة العلمية والتجريب أصبح على استعداد بالتسليم بأن ما قد يبدو حقيقة اليوم قد يكون غير ذلك بعد يوم أو سنة أو قرن . وذلك أن الأشياء والمعلومات حول هذه الأشياء وكذلك إدراكات وأفكار الناس تتغير (Ellis, 1996, p. 254) . وقد أدت هذه التطورات لدى أليس إلى التوصل إلى ما أسماه بالعلاج العقلاني الانفعالي المميز (Preferential) الذي يتصف بأنه بنائي (Constuctivist) وإنساني (Humanistic) الأمر الذي ينفي عنه صفة العلاج العقلاني الحسي الواقعي فقط ويشتمل العلاج في صيغته الجديدة على النقاط التالية :

١- تبعاً لـ (ع ع أ) (العلاج العقلاني الانفعالي) يتعلم الناس في الأغلب أهدافهم وتفضيلهم للنجاح والاستحسان من أهلهم ومن الثقافة التي تحتويهم ويشعرون، ولا ضير في ذلك، بالإحباط وخيبة الأمل عندما يفشلون أو لا يحصلون على استحسان الآخرين لهم . ولكنهم يطورون (لأن لديهم استعداد فطري لذلك) مقولات(اعتقادات) إلزامية مطلقة ومطالب حول رغباتهم . وتبعاً لذلك فإنهم عندما يصبحون عصابيون ، لا يصابون بالاضطراب نتيجة لتأثيرات بيئية خارجة عن المألوف ولكنهم في الأغلب يجعلون من أنفسهم أناس

عاجزين عن التكيف الانفعالي والتكيف السلوكي

٢- عندما يضع الناس مطالب غير عقلانية (محبطة للـذات) حول أنفسهم وحول الأخرين وكذلك حول الظروف المحيطة بهم فإنهم أيضاً يميلون إلى تكوين ، كمشتقات من الإلزاميات الموجودة لديهم ، ادراكات غير عقلانية مشوهة ، واستنتاجات واعزاءات تساهم بشكل واضح في اضطراباتهم . وهكذا إذا أصر شخص ما على (لابد وأن يحبني فلان) وحدث أن تجاهله هذا الشخص فعلاً فسرعان ما يقرر (ويصدق بقوة) أن :

أ / هذا الشخص يكرهني .
ب/ وكرهه لي شيء شنيع .
جـ/ أنا شخص حقير لأنه يكرهني .
د / لن يحبني أي شخص محترم .

٣- ولمساعدة الناس على التغلب على اعتقاداتهم غير الفعالة وعلى الاضطرابات التي تصاحبها لا يكتفي الـ (ع ع أ) بأن يوضح لهم الاستنتاجات والاعزاءات غير العقلانية وكيفية مناهضتها بل يوضح لهم أيضاً ما لديهم من مقولات ومطالب إلزامية والتي في الغالب تكوّن، لا شعورياً وبطريقة صامتة، الأساس وتقود إلى الملزمات غير الفعالة . يعلمهم كيف يبحثون عن الأفكار الجبرية لديهم بأنفسهم ويدلهم على الكيفية التي توصلهم في النهاية إلى حل (ع ع م) الرائع للعصاب : يهيئون أنفسهم من خلال عدم تغيير (إلا نادراً وليس أبداً) تفضيلا تهم إلى مطالب مبالغ فيها وبالتالي يجعلون أنفسهم، إلى حد كبير، أقل عرضة للاضطراب .

٤- الاستعراف والانفعالات والسلوكيات بالنسبة لـ (ع ع أ) ليست نقية متباينة ولكنها تتفاعل ويحتوي كل منها على الآخر بشكل متكامل وكلي . المعالج في العلاج العقلاني الانفعالي يدرك تماماً ، مع أن هذه القضية فلسفية إلى حد كبير ، أن للمشاعر وللسلوكيات أثر قوي على الاعتقادات وأن الاعتقادات تؤثر على المشاعر والسلوكيات وأن المشاعر تؤثر في الاعتقادات والسلوكيات (Ellis, 1962, 1988.1991) . وهكذا فإن الـ (ع ع م) منحى

علاجي مرن ويستخدم عدد كبير من الطرق الاستعرافية والانفعالية والسلوكية مع معظم المرضى (Ellis, 1996, p. 1991) .

٥- وعلى الرغم من أن الناس في الغالب يكوّنون أفكارهم غير العقلانية خلال مرحلة الطفولة وأن أثر هذه الأفكار قد لا يظهر إلا في مراحل لاحقة لأن الناس يخلدون هذه الأفكار أو يكوّنون أفكاراً جديدة أو كلاهما، يقوم الناس عادة بصورة مستمرة بإعادة تكوين وتعديل أفكارهم غير العقلانية ويحافظون أو يساهمون بذلك في تفاقم اضطراباتهم . وهكذا فإن أفكار ومشاعر وسلوكيات الناس التي حدثت في الماضي لا تبقى موجودة حتى اليوم فحسب وانما تعدل ويعاد بناءها. والمعالج الذي يستخدم (ع ع م) كما يرى ستيفان نيلسن (Stevan Nielsen) لا يعود للماضي من أجل التوصل إلى فهم (عميق) للمريض أو لإحداث تغيير عميق . الماضي عبارة عن مواد مخزونة في الذاكرة (Memory) تستدعي (يعاد بناؤها) وتفحص من قبل المعالج والمريض وليس مكاناً يعودان (time travel) إليه ! في الواقع يشعر الكثير من المرضى بالضيق تجاه الماضي . على كل حال الماضي لا يوضح طبيعة اضطرابات الناس. الماضي مصدر إزعاج حقيقي إذا كان لدى المرضى اعتقادات مثيرة للكدر فعلاً حول ما يتذكرونه في حياتهم الماضية . في (ع ع أ) الاقتناع القوى أفضل من (ماضي) أو (تاريخي) كمرادف لعميق. السبب الأساسي لاضطراب الناس الشديد هو أنهم الآن يكوّنون بصورة حازمة أو يعيدون تكوين أفكارهم المزعجة ويقوون اعتقادات عميقة حول شيء ما : و غالباً ما يكون شيئاً يفكرون فيه حالياً، شيئاً يتذكرونه أو شيئا يتخيلونه الآن حول المستقبل . وقد تكون هذه الأشياء : أشياء لم تحدث أصلاً أو لن تحدث أو من المستحيل أن تحدث بالمرة (Ellis, 1996, p. 16) .

٦- نظرياً يفترض في الـ (ع ع أ) أن الناس في الغالب مهيئون بيولوجياً لتكوين ومن ثم التمسك بقوة وحماس وإصرار ن بما لديهم من الملزمات والاعتقادات الأخرى التي تخلق الاضطرابات . لذا يحاول المعالج في (ع ع أ) أن يقنعهم ويعلمهم الكيفية التي تجعلهم يفكرون ويشعرون ويتصرفون

بصرامة وقوة وإصرار ضد المطالب الملحة ويعودون إلى التفضيل بدلا من الإصرار المبالغ فيه. ولذلك تستخدم في الـ (ع ع أ)، بصورة دائمة تقريبا، عدد من الفنيات الانفعالية الإظهارية (evocative) مع المريض في العلاج الفردي والجمعي .

٧- يفترض نظريا في الـ (ع ع أ) أن لدى الناس ميلا للتعود على أفكارهم ومشاعرهم وتصرفاتهم المضطربة وتكرارها بسهولة وبشكل تلقائي حتى عندما يعرفون أن نتائجها سلبية. ومن أجل ذلك يلزمهم في الغالب لإحداث تغيير في أنفسهم أن يجبروا أنفسهم بطريقة قد لا تكون مريحة لهم على دفع أنفسهم لكسر العادات غير المجدية . ولكن في الغالب يكون مستوى تحمل الإحباط لدى الناس منخفضاً: يعتقد المريض بصورة غير عقلانية أنه (لا يجب علي أن أبذل جهداً لتغيير نفسي وإنما يجب أن أبحث عن طريقة مريحة وسحرية لإحداث التغيير المطلوب) . وغالبا ما يكون لدى الناس أيضاً اضطرابات ثانوية (يقللون من قيمة الذات) حول الاضطرابات الأولية وإلحاح شعوري أو غير شعوري على (لا يجب على أن أزعج نفسي بهذه الطريقة السخيفة ، أنا شخص تافه ومعتوه إذا فعلت ذلك) . في الـ (ع ع أ) يبحث المعالج عن ويركز على اجتثاث الاضطراب الثانوي والاضطراب الأولي من الجذور، وفي سبيل ذلك يستخدم عدد من الأساليب الاستعرافية والانفعالية. وفي الـ (ع ع أ) يتم التركيز أيضاً على الواجبات المنزلية السلوكية التي تشتمل على الثواب والعقاب، إزالة التحسس الحي، إجراءات مباشرة مضادة للخوف، وكذلك اسلوب منع الاستجابة. لذلك فقد يكون الـ(ع ع أ) أكثر سلوكية (يستخدم الأساليب السلوكية) من معظم أنواع العلاج الاستعرافي السلوكي الأخرى .

٨- الـ (ع ع أ) كما كان دائماً علاج نفستربوي وتبعاً لذلك يستخدم بشكل كبير العلاج بالقراءة والعلاج بالأشرطة (سمعي) ، والحلقات الدراسية وحلقات العمل والمحاضرات وطرق تعليمية أخرى . الـ (ع ع أ) يساعد كل فرد يعيش في نظام غير فعال (كما في العوائل التي تخلق الأزمات) على تغيير نفسه على الرغم من النظام الذي يعيش فيه. كما يعلم (ع ع أ) الناس

طرق حل المشكلات ، ويدربهم على المهارات الاجتماعية، لكي يكون بإمكانهم تغيير البيئة غير الفعالة التي يعيشون فيها .

٩- يفترض في الـ (ع ع أ) أن لدى الناس في الواقع، على اختلاف الطرق التي تربوا عليها، ميلين خلاقين متضادين: (أ) ميل لتحقير أنفسهم وميل للمبالغة في تقدير أنفسهم والآخرين ، كما أشير إلى ذلك من قبل، وبالتالي يجلبون لأنفسهم الاضطراب وعدم الفعالية و(ب) ميل للتغيير وتحقيق ذواتهم كأناس أكثر صحة وأقل اضطرابا. ويحاول المعالج في الـ (ع ع أ) أن يوضح لهم الكيفية التي يستطيعون بها استخدام الميل إلى تحقيق الذات للحد من ميولهم لجلب الاضطرابات لأنفسهم .

١٠- مبادئ الـ (ع ع أ) تعارض التصلب ، الإلزامية ، الأحادية (التركيز على جانب وتجاهل الجوانب الأخرى) ، والجمود وتفضل بقوة الانفتاح على الخبرات الجديدة والبحث عن البدائل وتقبل الآخرين والمرونة . وتتمسك بأن العلم بطبيعته يبحث عن المعرفة بدون تعصب، يتفحص الأشياء للتأكد من صحتها ويتصف بالمرونة ، وأنه (العلم) أمبريقي يستخدم المنطق بدون تصلب للوصول إلى حلول (غير كاملة) للظواهر العالمية التي لم تحل بعد ولزيادة نسبة السعادة لدى البشر . هذه النظرة للعلم التي تفترضها مبادئ الـ (ع ع أ) ذات صلة وثيقة بما يسمى غالبا بالقدرة على التكيف.

١١- ومع أنه يفترض في الـ (ع ع أ) أن الناس خلاقون (مبدعون) ولديهم القدرة على البناء بفطرتهم.وأنهم قد يجلبون لأنفسهم الانزعاج بدون مبرر فإنه يفترض أيضا أن لديهم ميل وقدرة على التأمل في أفكارهم ومشاعرهم وتصرفاتهم لكي يصححوا الطرق المحبطة للذات والتي طوروها بأنفسهم إلى حد كبير ويفترض في الـ (ع ع أ) أن الناس عندما يغضبون أنفسهم تكون ردود أفعالهم الانفعالية وبالذات الفزع ، الاكتئاب وكره الذات في الغالب قوية ومرهقة إلى درجة أنها تتدخل في قدرتهم على معالجة أنفسهم وتعيق بعض قدراتهم الخلاقة . كما أن اضطراباتهم حول الاضطراب(القلق حول الاضطراب) نفسه تحد من قدرتهم على التغيير (Ellis, 1996, p.p 199-

. 200)

تمثل النقاط المذكورة أعلاه ملخصا للعلاج العقلاني الانفعالي المميز الذي يتداخل، كما يرى أليس، مع العلاج الاستعرافي السلوكي العام ولكنه أيضا يختلف عنه . وقد وردت في هذه النقاط الخطوط العريضة للفنيات التي تستخدم في هذا النوع من العلاج.

و قد لاحظ بعض الباحثين أن مستخدمي العلاج العقلاني الانفعالي يجدون صعوبة في تحديد الفنيات التي تدخل ضمن العلاج العقلاني الانفعالي المميز وتلك التي تخرج عنه: هل تشتمل فنيات الـ (ع ع أ) على التعرض الحي (In vivo exposure) مثلا وعلى الفنيات التي تستخدم في العلاج الاستعرافي لبك (Haaga & Davison, 1993). وقد أجاب أليس (1996) عن هذه التساؤلات في كتابه : علاج مختصر،أفضل وأعمق وأطول أثرا؛ المنحى العقلاني الانفعالي السلوكي (Beter, Deeper, and more ednuring Brief therapy, the Rational Emotive Behavior therapy Approach) (استخدم كلمة (سلوكي) في عنوان الكتاب ومتنه (أضيفت لأول مرة عام 1993)) حيث يتضح من الكتاب أن بإمكان المعالج الذي ينتمي لهذا النوع من العلاج استخدام عدد كبير من الفنيات ولكنه صنفها تبعا لفعاليتها إلى :

١- فنيات تحدث أثرا عميقا .

٢- فنيات تحدث أثرا أقل عمقا .

وتشتمل الفنيات التي تحدث الأثر العميق على المناهضة القوية المركزة (Forceful Disputing)، قياسا على المناهضة العادية (Regular Disputing)، التي تشتمل على المناهضة المنطقية (Logical Disputing) : هل رغبتك القوية في أداء عملك بشكل جيد وإرضاء مديرك في العمل تعني أنه يجب عليك دائما بصورة قاطعة القيام بذلك ؟ .

والمناهضة التجريبية (Empirical Disputing) : ليس من مصلحتي عدم أداء وظيفتي بشكل جيد أو عدم إرضاء مديري ولكن ما هو الدليل على أن عدم قيامي بذلك شيء مفزع وشنيع والمناهضة العملية أو الوظيفية (practical or functional Disputing) : إلى أين سيقودني هذا الاعتقاد ؟ هل يقودني إلى حياة أفضل ؟ هل يجعلني شخصا سعيدا ؟.

وتستخدم في المناهضة القوية التي تؤدي إلى نتائج أفضل وأسرع وأكثر ديمومة الأفكار المضادة للأفكار غير العقلانية بعد صياغتها بشكل مؤثر وقوي وترديدها بشكل قوي ومؤثر ومن الأمثلة على ذلك :

١- تسجيل (شريط مسجل) عبارات مثل (تبعا لنوع المشكلة) : في حالة الشخص الذي لا يستطيع التحدث مع رئيسه : (لن أهتم أبدا بشعوري بالقلق أو عدم الارتياح عندما أفكر في التحدث مع رئيسي، أستطيع بكل تأكيد التحدث إليه ! سأفعل ذلك ولن أتراجع عنه مهما كانت درجة فزعي وقلقي . وسوف لن أتردد في الإقدام على التحدث معه أبدا) والاستماع إلى هذه العبارات عدد كبير من المرات .

٢- عبارات مجابهة قوية (Forceful coping statement) : (مقابلة المدير صعبة ولكنها ليست شيء يستحيل القيام به ، لن أعير شعوري بعدم الارتياح أي اهتمام ! لن يدوم سوى فترة وجيزة إذا تحملته ولكنه سيلازمني طيلة حياتي إذا انسحبت من الموقف بسببه (عدم الارتياح) . يقوم المريض بترديدها بحماس حتى يهضمها (يستوعبها) فعلا ثم يتصرف بموجبها.

٣- لعب الدور المعكوس (Reverse Role Playing) : يقوم المعالج بدور المريض ويتمسك بتصلب بأفكاره غير العقلانية ويطلب من المريض أن يحاول ما يستطيع جعل المعالج يتخلى عن هذه الأفكار .

٤- تحدي الأفكار العقلانية (Challenging Rational Beliefs) : وفي هذه الطريقة يطلب المعالج من المريض ، بعد أن يتوصل إلى عدد من الأفكار العقلانية (المناهضة للأفكار غير العقلانية) ، إعطاء أدلة وأمثلة على صحة وفائدة الأفكار التي توصل إليها المريض ، وذلك بهدف دفعه إلى التصديق بها

أكثر وهضمها انفعاليا .

ويلجأ المعالج العقلاني الانفعالي السلوكي ، في حالة ثبوت عدم جـــدوى المناهضة القوية بالدرجة المرغوبة، بسبب ارتفاع درجة القلق الـــذي يجعـل المريض غير قادرا على التعامل استعرا فيا مع الأفكار غـــير العقلانيـة إلـــى استخدام بعض الطرق الاستعرافية القوية (forceful cognitive methods) والتي من الممكن تســميتها؛ الطــرق الاســتعرافية الانفعاليــة (cognitive-emotive methods) ومن هذه الطرق :

١- التخيل العقلاني الانفعالي (Rational Emotive Imagery) .
٢- تمارين مواجهة الخجل (Shame-attacking Exercises) .
٣- استخدام الدعابة (the use of humor) .
٤- تدريب المريض على القبول غير المشروط لنفسه.

كما يوصي أليس باستخدام بعض الطرق السلوكية لتدعيم الطرق العقلانية الانفعالية آنفة الذكر . وتشتمل الطرق السلوكية على :
١- الإزالة الحية للحساسية (In vivo Desensitization) ٢- البقـــاء فـــي المواقف الصعبة (Staying in Difficult situations) ٣- استخدام الطـــرق التدعيمية (Using reinforcement methods) و٤- اســـتخدام الأســـاليب العقابية والجزائيـــة (Using punishments and penalties) وهـــي فـــي الغــــالب عبارة عن عقاب ذاتي يتفق عليه كل من المريض والمعالج؛ كـــأن يقوم المريض بعمل شيء لا يرتاح له في حالة عدم توقفه عن السلوكيات التـــي يرغب في التخلص منها . ومن المحتمل أن يستفيد المريض من الأسلوب دون معاقبة نفسه كما اتفق عليه، حيث قد يتوقف عن السلوكيات غـــير المقبولـــة أو يمارس سلوكيات جديدة لكي يتفادى معاقبة نفسه .

<u>أما الفنيات التي تحدث أثرا أقل عمقا فتشتمل على :</u>

١-الاستفادة من إمكانيات ومواهـــب المريـــض ٢-اســـتخدام اسـلوب حـــل

المشكلات٣-استخدام التخيل الإيجابي ٤-التركيز على العلاقـات الاجتماعيـة للمريض ٥-جعل المريض يدرك بأنه قادر على إحداث تغييرات في سلوكياته ٦-ابعادالصفة المرضية عن المشاعر والسلوكيات المضطربـة المريـض٧-استخدام فنيات تشتيت الانتباه. ٨-الدعم والتشجيع و٩-رفع مسـتوى احـترام المريض لذاته. وبالإضافة إلى ذلك فلا يرى أليس بأسا في أن يستخدم المعـالج العقلاني الانفعالي السلوكي أي طريقة يعتقد أنها سوف تفيد المريض بعـد أن يتضح له أن المريض لم يستفـد الاستفادة المرجوة من الفنيات الأخرى التـي سبق ذكرها . ويندرج تحت ذلك الفنيات التي لا يثق بها كثيرا ويضرب علـى ذلك مثلا : أنه استخدم التنويم المغناطيسي مع أحد المرضى رغم عدم رغبتـه في استخدامه بعد أن جرب الفنيات الأخرى دون حدوث تحسن معقـول فـي وضع المريض. وقد تطرق أليس إلى علاقة الأديان بالاضطرابـات النفسـية مؤكدا على أن التمسك بتعاليم بعض الأديان يؤثر (وعلى المعالج التسليم بذلـك والاستفادة منه في مجابهة مشكلات المريض) بصورة إيجابية وصحية علـى مشاعر وسلوكيات الناس و أن التمسك ببعض المعتقدات الأخرى يؤثر سـلبيا على الصحة العقلية للفرد . ومن الفوائد المتميزة التـي يجنيـها الفـرد مـن إيمانه:١- إن الإيمان بوجود خالق قادر على كل شـيء يقـف إلـى جـانب مخلوقاته عند الحاجة يخفف القلق ويبعد الاكتئاب عن الإنسان ٢- إن تعـاليم الدين تؤدي إلى صلاح الفرد والمجتمع من خلال القواعد السلوكية التي تحـث على قوة التحمل وتجنب العادات الضارة ومساعدة الناس وتساعد الفرد فـي تغيير حياته للأفضل و ٣-أن التمسك بالدين يجعل لحياة الإنسان معنى حيـث يدرك الفرد أن الحياة ومشاكلها ليست كل شيء وأن هناك هدف أسمى وهو مـا سوف يحصل عليه المؤمن في الحياة الآخرة (Ellis,1996, pp. 44-80).

ونظرا لشمولية الدين الإسلامي وسمو مصادره فبإمكان المعالج النفسـي المسلم الاستعانة به في إعادة البناء الاستعرافي للمريض ومساعدته فـي إدراك الأشياء وإعطاءها حجمها الحقيقي تبعا لما ورد في التعاليم الإسلامية وكذلـك بإمكانه استخدام العلاج الاستعرافي السلوكي في تقوية الإيمان لدى المريـض

الذي قد يكون لديه صعوبة في تقدير واستيعاب الأمور المتعلقة بوجوده نظــرا لسيطرة القلق عليه واستحواذه على قدر كبير من طاقاته الاستعرافية بشكل يحد من قدرته على التفكير والإدراك السليم لما يحيط به .

وفي الوقت الذي بدأ فيه العلاج الاستعرافي السلوكي متمثلا ، إلى حـــد كبير في العلاج الاستعرافي لبك والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لأليـــس يجذب الباحثين ويفرض وجوده كعلاج نفسي أساسي يمارس بشكل واسع فـــي مراكز العلاج النفسي علـــى اختــلاف أنواعـــها ، طــرح مكينبــوم ١٩٧٧ (Meichenbaum) مساهماته (ضمن ما أسماه تعديل الســلوك الاســتعرافي) المنبثقة من نفس المنهج الذي يستخدمه بك مع التركيز على الحــوار الداخلــي (Internal dialogue) وتوجيــه الــذات (Self instructions) (Stone, 1980,p.3) . و في الوقت الذي يثمن فيه العاملين في العلـــوم النفســية مــا لإسهامات مكينبوم الإيجابية في تطور العلاج الاستعرافي السلوكي تشير الكثير من الدراسات في هذا المجال إلى فعالية برامجه الاستعرافية السلوكية الخاصــة بالتدريب التحصيني ضد الضغوط النفسية (Stress Inoculation Training) في التعامل مع الكثير من المشكلات النفسية لدى فئات متعددة مـــن محــاجي الخدمات النفسية (Corey,1986; Maag & Kotlash,1994). وبينما كانت عدم قناعة كل من بك وأليس بالعلاج النفسي التحليلي أحد الدوافع التـــي أدت بهما إلى تطوير العلاج الاستعرافي السلوكي كان عدم رضا مكينبوم بصـــورة عامة عن المناهج التي تستخدمها المدرسة السلوكية من الأمــور التي ســاهمت في ظهور التدريب التحصيني ضد الضغوط النفسية . ويشبه أسلوب مكينبـــوم الأساليب الاستعرافية السلوكية الأخرى إلى درجة كبيرة حيث يقابل الحــوادث الاستعرفية(أفكار وخيالات) (Cognitive events) عنــد مكينبــوم الأفكــار التلقائية (Automatic thoughts) عند بك ولهذه الظاهرة أهمية كبيرة عنـــد كليهما وعند بقية المشتغلين بالعلاج الاستعرافي السلوكي كما أن مكينبوم يعتمد في نظريته على الكثير من المصطلحات التي تستخدم في العلاج الاســـتعرافي

لبك مثل المخطوطة والتحيز في معالجة المعلومات والتفكير حول التفكير (Metacognition) وتحديد الأفكار التلقائية والتعامل معها (Meichenbaum, 1985) . (سوف تذكر هذه النقاط بتفصيل أكثر عند الحديث عن نظرية بك في العلاج الاستعرافي السلوكي).

ويهدف التدريب التحصيني ضد الضغوط النفسية إلى تزويد الفرد بمهارات محددة تساعده علي التعامل الجيد مع المواقف الضاغطة ويتكون من ثلاث مراحل :

أ / وضع تصور للمشكلة (conceptualization) وتشتمل على بناء علاقة علاجية مع الفرد وجمع المعلومات ذات العلاقة بنقاط القوة والضعف لدى المريض وإعادة صياغة المشكلة بشكل يجعلها قابلة للحل .

ب/ مرحلة اكتساب المهارات والتدرب عليها .

جـ/ التطبيق والمتابعة .

يتم في المرحلة الأولي تثقيف المريض حول طبيعة المشكلة التي تم تحديدها (مثلا: قلق ، غضب ، عدوان ، اكتئاب) وحول العناصر المكونة لها. وفي المرحلة الثانية يتم تدريب المريض على المهارات اللازمة للتعامل مع المشكلة . تحدد في هذه المرحلة الجوانب التي يعاني المريض من نقص فيها ويتم اختيار الفنيات الضرورية لسد أوجه النقص . وفي المرحلة الثالثة يقوم الفرد بتطبيق ما تعلمه من مهارات من خلال التعرض المنظم للمشكلة داخل الجلسة أو خارجها (Maag & Kotlash, 1994) .

يقوم المعالج في المرحلة الثانية باستخدام ما يلائم مشكلة المريض من الفنيات الاستعرافية السلوكية التي يستخدمها معظم المعالجون الاستعرافيون السلوكيين والتي سوف يعرض الكثير منها في مواضع أخرى من هذا الكتاب وسوف نكتفي هنا بعرض ملخص لإحدى الطرق التي يعزى إلى مكينيوم تطويرها والاهتمام بها : التدريب على التوجيه الذاتي أو الحوار الذاتي الموجه

. (Self –Instructional Training or Guided Self-Dialogue)

يتكون التوجيه الذاتي الموجه من عبارات يقولها الفرد لنفسه في كل مرحلة من مراحل التعرض للمواقف الضاغطة. والهدف من وراء هذا الإجراء هو مساعدة المريض على :

١- تقويم ما يتطلبه الموقف الضاغط والتخطيط لمواجهة ما قد يتعرض له المريض من مواقف ضاغطة في المستقبل .
٢- التحكم في الأفكار والخيالات (Images) والمشاعر المحبطة للذات وتلك التي تساعد في جعل المريض يتصور المواقف كمصادر ضغط عليه حتى لو لم تكن كذلك إذا ما تم إدراكها من منظور آخر .
٣- التسليم بـ والاستفادة من إعادة تصنيف (Relabel) الخبرات المثيرة للانفعالات غير المرغوبة .
٤- التعامل مع الانفعالات الشديدة وغير الفعالة التي قد يخبرها(يعاني منها) المريض .
٥-التهيئة النفسية لمواجهة الموقف الضاغط.
٦- مراجعة أدائه وتدعيم نفسه مقابل المحاولات التي قام بها لمواجهة الموقف الضاغط .

ويفضل مكينبوم ألا تكون هذه العبارات عبارات عامة لتفادي ترديدها بشكل روتيني من قبل المريض كما يعتقد أن أثر العبارات المتعلقة بكفاءة الفرد وقدرته على التحكم فيما يدور من حوله أفضل من أثر العبارات (pp.69-70) الأخرى . وفيما يلي مثال على العبارات التي تستخدم في التدريب على التحصين ضد الضغوط حيث تقدم للمريض لكي يتحدث بها مع نفسه عند مواجهة الضغوط بعد أن تتم مناقشتها من قبل المعالج والمريض لمعرفة وجهة نظر المريض فيها ومدى استيعابه لها وقدرته على استخدامها :

الاستعداد للموقف الضاغط :

الهدف: التركيز على الاستعداد للمهمة .

مناهضة الأفكار السلبية .

التأكيد على التخطيط والإعداد .

أمثلة :

ما الذي يجب علي عمله ؟
أستطيع إعداد خطة للتعامل مع الموقف الضاغط .
فكر فقط فيما يمكن عمله حياله .
قد يكون موقف صعب .
أستطيع إعداد خطة للتغلب عليه .
تذكر: ركز على الموقف دون النظر إليه كموضوع شخصي .
لا تقلق ، القلق لن يؤدي إلى نتيجة .
ما الأشياء المفيدة التي أستطيع القيام بها بدلا من ذلك ؟
أشعر بشيء من التوتر – هذا شيء طبيعي .
ربما أنا فقط متحمس لمجابهة الموقف .

مجابهة الموقف الضاغط والتعامل معه :

الهدف: التحكم في رد الفعل على الموقف الضاغط .

الاطمئنان على القدرة على التعامل مع الموقف .

إعادة النظر في الموقف الضاغط والنظر إلى كشيء يمكن الاستفادة منه .

التذكير باستخدام الاستجابات التي تساعـــد على التعامل مع الموقف (مثل الاسترخاء) .

الحفاظ على التركيز على المهمة أو الموقف .

أمثلة :

هيئ نفسك من الناحية النفسية ، أستطيع ان أصمد أمام هذا الموقف .
أستطيع إقناع نفسي بأنني أستطيع الصمود.
خطوة بخطوة .
قم بتجزئة الموقف إلى وحدات يسهل التحكم فيها .
لن أفكر في الموقف الضاغط سأفكر في ما يجب علي القيام به.
ما أشعر به الآن هو ما أخبرني به المعالج .
الموقف يذكرني باستخدام ما لدي من مهارات للتعامل معه .
من الممكن النظر إلى التوتر كشيء ايجابي ، أنه أول خطوات التعامل مع الموقف بنجاح .
استرخ ، أستطيع التحكم في الموقف ، خذ نفس بطيء وعميق .
أنا المسيطر على الموقف طالما حافظت على هدوئي .
لا تعطي الموضوع أهمية أكثر مما يجب .
انظر إلى الجوانب الإيجابية ، لا تتسرع في اتخاذ القرارات .
لدي العديد من الفنيات التي أستطيع استخدامها لتخطي الموقف .
الأمور ليست بالسوء الذي أتصوره .
أستطيع النظر إلى الموقف بتروي وبهدوء تام .

التعامل مع الشعور بعدم القدرة على التصرف أمام الموقف :

الهدف : (هذه المرحلة لا تحدث دائما) .

إعداد خطط لما قد يطرأ في المستقبل، الاستعداد لاحتمال حدوث ضغوط خارجية.

الاستعداد للتعامل مع أسوأ ما يمكن حدوثه عند الشعور بفقدان السيطرة على الموقف وعدم القدرة على التصرف حياله .

التشجيع على عدم محاولة تفادي الموقف .

الحفاظ على التركيز على الموقف .

تقبل ما تشعر به وانتظر حتى تخف حدته .

تعلم كيف تستطيع التحكم ولو في جزء يسير مما يحدث حتى لو حدث أسوأ ما كنت تتوقعه .

أمثلة :

توقف وتأمل عندما تتعرض لموقف ضاغط .

ركز على الحاضر ، ما الذي يجب علي عمله .

قدر شدة الضغط على مقياس من ٠ إلى ١٠ وراقب تغيره .

يجب أن أتوقع أن الضغوط قد تزداد أحيانا .

لا تحاول التخلص من الضغوط نهائيا ،المهم هو القدرة على التعامل معها.

أشعر بتوتر .

استرخ وفكر بهدوء .

الوقت مناسب لأخذ نفس بطيء وعميق .
لنأخذ الموقف خطوة بخطوة .
الضغوط مؤشر لشيء ما .
سوف أقوم بالتعامل مع ما يستوجب ذلك.

<u>تقويم ما بذل من جهد للتعامل مع الضغوط ومكافأة الذات :</u>

الهدف تقويم المحاولات الخاصة بمجابهة الضغوط ؛ ما الذي ساعد وما الذي لم يكن مفيدا في مجابهة الضغوط ؟
تأمل في الخبرات السابقة لاتخاذ العبر مما حدث .
لا تتجاهل المكاسب الصغيرة ولا تقلل من قيمة التقدم المتدرج .
أعط نفسك حقها من التقدير على المحاولات التي قمت بها .
استمر في المحاولة ، لا تتوقع الكمال .
ما الذي كان من الممكن عمله بصورة أفضل، بشكل مختلف ؟

<u>أمثلة</u> :

لم تكن سيئة بالصورة التي توقعتها .
أعطيت الضغوط أهمية أكثر مما تستحق فعلا .
الأمور تتحسن في كل مرة استخدم فيها هذا الإجراء .
لم أستفد مما قمت به هذه المرة ، ولكن لا بأس من ذلك .
ما الشيء الذي أستطيع تعلمه من محاولاتي .
أنا مرتاح للتقدم الذي حققته .
جابهت الضغوط بشكل جيد .

ممتاز ، لقد تجاوزت الموقف . في المرة القادمة سوف يكون أدائـــي افضـــل (Meichenbaum, 1988, p.p 72-73) .

وبالإضافة إلى مساهمات كلي وبك وأليس ومكينبوم في تطـــور العـــلاج الاستعرافي السلوكي كان هناك أيضا أعمال أدت بشكل أو بآخر إلى الإســـراع بتطور هذا النوع من العلاج . ومن ذلك علـــى ســـبيل المثـــال دور ارنولـــد Arnold ١٩٦٠ ولازاروس Lazarrus ١٩٦٦ فـــي التـــأكيد علـــى أهميـــة الاستعراف في تغيير الانفعالات والسلوك ودور باندورا Bandura ١٩٧٧ من خلال نظريته (نظرية التعلم الاجتمـاعي) (Social learning theory) فـــي إبراز أهمية الاستعراف في تطور السلوكيات الجديدة وكذلك إسهامات مـــاهوني Mahoney ١٩٧٤في محاولته ، كما فعل مكينيوم، إضفاء صبغة اســـتعرافية على العلاج السلوكي من خلال ما كتبه حول التحكم الاستعرافي في الســـلوك (cognitive control of behavior) (Blackburn & Twaddle, 1996, p.2) .

ومع ذلك تعتبر أعمال كل من بك وأليس هي الرائدة في تطـــور العـــلاج الاستعرافي السلوكي قياسا على مساهمات المنظرين الأخريـــن (Rachman, 1997, p. 13) . وتعتبر نظرية بك النظرية الأكثر جذبا لاهتمـــام البـــاحثين والمهتمين بالعلاج الاستعرافي السلوكي بصورة عامـــة (Rachman, 1997, p. 13; & Twaddle, 1996, p.2) كما سيتضح في الصفحات التالية .

تعليق :

وبصورة عامة يمكن القول أنه على الرغم من الأثر الفعال الذي أحدثتـــه نظرية التصورات الشخصية لكلي في تطور العلاج الاستعرافي السلوكي سواء من الناحية النظرية المتمثلة في التأكيد على دور الجانب الاستعرافي للمريـــض في صحته النفسية وفي مرضه أو من الناحية التطبيقية كأثر أفكاره المباشر في نوع العلاقة بين المعالج الاستعرافي السلوكي وبين المريض التي يجب ،كمـــا

يرى كلي، أن تكون علاقة تسودها روح التعاون والتشاور المستمر بينهما (Blackman & twaddle, 1996, p.7) لم تلق نظريته قبولا كبيرا من قبل المشتغلين بالعلوم الاستعرافية لكونها صعبة الفهم ربما لكثرة تفاصيلها مع قلة المنشور حولها من كتب ودراسات (الفقي ، ترجمة ، ١٩٩٠ ، ص ٢٧٣) . ويضاف إلى ذلك أن علم النفس الاستعرافي يركز كثيرا على الكيفية التي تمثل بها المعلومات عقليا بينما لم يول كلي ذلك الكثير من الاهتمام . كان اهتمامه ينصب على الكيفية التي يتم من خلالها تكوين التصورات وليس على كيف يتم تمثيلها في العقل (Blowers & O'connor, 1995) .

كما أن أفكار مكينبوم في العلاج الاستعرافي السلوكي لم تلق أيضا من الاهتمام ما تحظى به أفكار بك وأفكار أليس في هذا المجال نظرا للتشابه الكبير بين أفكاره وبين الأفكار المطروحة عند نشر كتابه الشهير " تعديل السلوك الاستعرافي (١٩٧٧)" باستثناء أفكاره حول التدريب على التوجيه الذاتي ، كما ذكر من قبل ، وهو أيضا إجراء يتداخل مع الأساليب الاستعرافية السلوكية الخاصة بالتعامل مع الأفكار وإيجاد البدائل لها ولعل الفرق بين التدريب على التوجيه الذاتي والطرق الأخرى ينحصر في أن طريقة مكينبوم تركز على تدريب المريض على عبارات محددة لاستخدامها في مجابهة أفكار سلبية تحدث في مواقف ضاغطة محددة أيضا بينما يدرب المريض في منحى كل من بك وأليس على طرق عامة من الممكن استخدامها في تحدي الأفكار السلبية التي قد تطرأ فيما بعد في مواقف محددة . ويضاف إلى ذلك أن المعالج في التدريب على التوجيه الذاتي يزود المريض بعبارات من عنده ، كما ذكر سلفا ، في حالة عدم وعي المريض بأفكاره السلبية ، ولا يفضل استخدام هذا الأسلوب سوى عدد قليل من المعالجين الاستعرافيين نظرا لأنه لا يشجع المريض على التفكير بنفسه لنفسه (Trower, Casey & dryden, 1992, p. 91) .

وعلى الجانب الأخر يعتبر أليس من رواد العلاج الاستعرافي السلوكي وهناك من يعتبر أن نظريته " العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي " النظرية

الأولى في العلاج الاستعرافي السلوكي وأن بعض النظريات الأخرى في هذا المجال بما في ذلك نظرية العلاج الاستعرافي لبك ونظرية التعديل الاستعرافي للسلوك لمكينيوم ليست سوى نظريات معدلة من نظرية أليس أو حتى مجرد امتداد لها (Corey, 1991, p. 234) ، خلافا لما أشير له سابقا من أن هناك تزامن ولكن استقلالية في ظهور نظريتي أليس وبك .

ومهما كان الأمر فإن هناك تشابها كبيرا بين نظرية أليس ونظرية بك وهناك أيضا اختلافات في بعض الجوانب . فمن حيث التشابه يتفق كل من أليس وبك على:

١- أن معظم الاضطرابات النفسية تنشأ من وجود أخطاء استعرافية أو أخطاء في المعالجة الاستعرافية للمثيرات أو كلاهما .
٢- أن هدف العلاج هو تصحيح هذه الأخطاء .
٣- التركيز على المشكلات الحالية والتفكير الحالي وليس على الإمعان في تقصي تاريخ المريض كما كان مألوفا في أنواع العلاج النفسي المبكرة .
٤- استخدام الأساليب السلوكية في العلاج الاستعرافي (Rachman. 1997, p.13) . و لكن نظرية بك تختلف عن نظرية أليس في عدة نقاط لعل أهمها:
١- أن أسلوب أليس يميل أكثر إلى المواجهة والتوجيه وذلك بخلاف أسلوب بك الذي يعتمد، بدلا من ذلك، على تشجيع المريض على اكتشاف أفكاره غير الفعالة بنفسه .
٢- بخلاف ما هو في نظرية أليس تقدم نظرية بك نماذج مختلفة للاضطرابات النفسية؛ نموذج استعرافي للاكتئاب ونموذج استعرافي للقلق على سبيل المثال وتبعا لذلك تستخدم تدخلات مختلفة تتناسب مع النموذج الخاص بالاضطراب الذي يتعامل معه المعالج (Corey, 1991, p. 228).
٣- تتصف نظرية بك بالتماسك بينما يميل أليس في كتاباته إلى أسلوب قصصي وتفتقر نظريته إلى الترابط (Rachman, 1997, p. 14) .

٤- يركز أليس كما هو الحال مع مكينيوم على محتوى الاستعراف لدى المريض بينما ينظر بك نظرة أكثر تفصيلا لعملية الاستعراف ويقسمها إلى

مستويات متعددة؛ فهناك الأفكار التلقائية (محتوى) وأخطاء في معالجة المعلومات (عملية التفكير) (متعلقة بأسلوب التفكير) والاعتقادات والافتراضات غير الفعالة (البناء أو المخطوطات الاستعرافية) وهكذا فإن بك تخطى مجرد التعامل مع محتوى تفكير المريض (Blackburn & Twaddle, 1996, p. 3-4) .

وبالإضافة إلى ذلك حاول بك، بصورة ملحوظة، أن يربط نظريته بما يستجد من دراسات في علم النفس الاستعرافي والعلوم الأخرى ذات العلاقة اكثر مما فعله أليس وقد بدا ذلك بشكل أكبر في آخر ما كتبه بك حول الشخصية والاضطرابات النفسية والعلاج النفسي (Beck, 1996) وفيما كتب تعليقا على هذه الأفكار الجديدة له من قبل الباحثين في الأسس النظرية، المبنية على ما استجد في علم النفس الاستعرافي والعلوم ذات العلاقة، للعلاج الاستعرافي السلوكي (Teasdale, 1997) . وسوف تتم مناقشة العلاج الاستعرافي السلوكي لبك بشكل أوسع في مواقع متعددة من هذا الكتاب وسوف يتم أيضا التركيز على هذا الأسلوب عند التعرض للفنيات المستخدمة في العلاج الاستعرافي السلوكي في الأجزاء المخصصة لذلك في هذا الكتاب .

وتجدر الإشارة إلى أنه خلال الفترة التي نمى فيها العلاج الاستعرافي السلوكي واتضحت أهم معالمه المتمثلة في كونه يجمع بين أسلوبين كان كل منهما يخالف بل يتناقض مع الأسس التي ينطلق منها الآخر بدأ الكثير من الاستعرافيين ومن السلوكيين في الاعتراف بأهمية الجوانب الاستعرافية للإنسان إلى جانب المتغيرات البيئية في فهم السلوك ومحاولة التحكم فيه (Stone, 1980, p. p. 3-4) . ومع ذلك فقد ظل بعض السلوكيين وبعض الاستعرافيين يقاومون هذا الالتقاء بين المدرستين ومن ذلك أن بعض السلوكيين يرى أن هذا التقارب عبارة عن محاولة غير موفقة للتقرب من العقلية (mentalisim) (يقصد بها في علم النفس أن محاولة التركيز على الجوانب الفسيولوجية في فهم العمليات الاستعرافية-العقل- لن تؤدى إلي فهم السلوك الإنساني(Reber, 1995))) التي يأملون زوالها في أقرب وقت ممكن كما أن

بعض الاستعرافيون ينظرون بريبة تجاه هذا الاندماج (Phares, 1980, p. 474) . ولقد كان للتشابه بين الاتجاه الاستعرافي والاتجاه السلوكي في التأكيد على ضرورة إتباع المنهج العلمي بأقصى درجة ممكنة من الصرامة وفي وضوح الخطوات المتبعة في العلاج وكذلك نجاح العلاج الاستعرافي السلوكي في التعامل مع بعض الاضطرابات التي لم يكن العلاج السلوكي موفقا في التعامل معها مثل الاكتئاب دورا كبيرا في نجاح هذا الالتقاء غير المتوقع بين المدرسة السلوكية والمدرسة الاستعرافية في العلاج النفسي .

لقد كان عدم الرضا عن التحليل النفسي بالإضافة إلى الأسس العلمية التي تضمنتها نظريات التعلم وراء ظهور الأفكار المتطرفة في المدرسة السلوكية التي تعزو المشكلات النفسية إلى أخطاء في التعلم . كما أن عدم الرضا عن كل من التحليل النفسي والمدرسة السلوكية المتطرفة وبالذات ما يتعلق بتجاهلها شبه التام لدور الاستعراف في السلوك وبالتالي عدم استطاعتها تقديم تفسيرات مقنعة للاضطرابات النفسية من الأسباب التي ساهمت في سرعة انتشار العلاج الاستعرافي السلوكي . فتطور المدرسة السلوكية والمدرسة الاستعرافية إذن كان إلى حد ما رد فعل على وضع قائم ، لم يستطع تقديم تفسيرات للسلوك ترضي طموحات المشتغلين في العلوم النفسية .

ولكن السلوكية وقعت ، ربما بسبب بدايتها القوية المدعومة بالتجارب العلمية وافتقار مدرسة التحليل النفسي إلى ذلك ، في خطأ ظهرت نتائجه السلبية فيما بعد، تمثل في الاهتمام بالجانب التطبيقي على حساب الجانب النظري . لقد أدى إصرار السلوكيين على التركيز على أثر البيئة فقط على سلوك الإنسان وتجاهل العوامل الداخلية له(التي ركز عليها أصحاب مدرسة التحليل النفسي) والاعتماد على التجارب التي تجري على الحيوانات إلى العجز عن تقديم تفسيرات أكثر شمولا وإقناعا لسلوك الناس (Rachman, 1997) .

أما النظريات الاستعرافية السلوكية فلم تكرر ما وقع فيه السلوكيون . فالمنظرين في العلاج الاستعرافي السلوكي بصورة عامة يمزجون، مع شيء

من التفاوت فيما بينهم بخصوص درجة أهمية كل جـانب بالنسـبة للجـانب الآخر، بين المنظور الاستعرافي والمنظور السلوكي تبعا لحالة كـل مريـض، الأمر الذي أعطى لنظرياتهم مجالا أوسع يسمح لهم بطرح تفسيرات أكثر قـوة وإقناعا للسلوك.

وربما كان ذلك من بين الأسباب الهامة التي أدت إلـى انتشـار العـلاج الاستعرافي السلوكي في أماكن متعددة من العالم بعـد تواجـده القـوي فـي الولايات المتحدة الأمريكية وفي المملكة المتحدة حتى أن العاملين في العـلاج النفسي في البلدان التي كانت المدارس العلاجية النفسية الأخرى تستحوذ علـى جل اهتمامهم بدءوا الآن في تقبل الأساليب العلاجيـة الاسـتعرافية السـلوكية والترحيب بها والشروع في استخدامها (Seiden, 1994) .

الفصل الثاني: قواعد العلاج الاستعرافي السلوكي

أولا: مبادئ النظرية الاستعرافية والعلاج الاستعرافي السلوكي

يتضح من كتابات بك ما بين الفترة ١٩٦٧-١٩٩١ ومن كتابات بعض زملائه أن النظرية الاستعرافية للأمراض النفسية تتخذ من الكيفية التي تتم من خلالها معالجة المعلومات المحور الأساسي الذي تدور حوله تفسيرات النظرية الاستعرافية للاضطرابات النفسية التي يعاني منها الإنسان . وتفترض هذه النظرية أن وجود الاضطرابات لدى الفرد مرتبط بوجود تحيز وأخطاء في معالجة المعلومات لديه كما تفترض وجود أبنية استعرافية (مخطوطات) كامنة عاجزة عن التكيف تسيطر على المريض من خلال ما ينتج عنها من أفكار وأخيلة تلقائية تصاحب الاضطراب وتساعد على استمراره .

وللإنسان من وجهة النظر الاستعرافية هذه ، دور نشط في تكوين واقع خاص به . ويعتمد الإنسان في رؤيته لما حوله على نظام معالجة المعلومات لديه الذي من خلاله يختار ، يغير، ويفسر المثيرات التي تصادفه . وتلعب المعاني الشخصية (الذاتية) التي يعطيها لما يعترضه من حوادث دوراً هاماً في قدرته على التكيف . فقد يستجيب باستجابات سلوكية أو انفعالية غير متكيفة إن هو أخطأ في تفسير ما يحدث من حوله . وهكذا فإن الاستعراف يؤثر على الانفعالات وعلى السلوك . ومع ذلك فإن النظرية الاستعرافية لا تفترض أن الأفكار تسبب السلوك أو الانفعالات (وبالذات في الكتابات الحديثة لاصحاب النظرية الاستعرافية)، لأنها (الأفكار) لا تسبق الانفعالات أو السلوك في كل الأحوال ، وترى عوضاً عن ذلك أن هناك تفاعل وتأثير متبادل بين هذه المتغيرات .

وتفترض النظرية الاستعرافية أنه من الممكن التعرف على الأفكار واستنباطها ولكن ذلك لا يعني أن الأفكار كلها تقع تحت تحكم الفرد . فالأفكار التلقائية تفلت من سيطرته وتزعجه ولكن من الممكن تدريبه على مراقبة

ورصد هذه الأفكار ثم التخلص منها أو إبطال مفعولها غير الإيجابي عليه .

وأخيراً يفترض في النظرية الاستعرافية أنه من الممكن إحداث تغييرات انفعالية وسلوكية وجسمية من خلال إحداث تغييرات في أفكار واعتقادات المريض (Clark and Steer, 1996, PP. 79-77) .

ونظراً للتطورات السريعة التي تحدث في العلوم الاستعرافية بصورة عامة وفي النظرية والعلاج الاستعرافي بصورة خاصة فقد تم وضع مسلمات جديدة تنسجم مع هذه التطورات وتستشرف ما قد يحدث مستقبلاً :

١- المصادر الأساسية للأداء أو التكيف النفسي هي الأبنية الاستعرافية التي تقوم بتشكيل المعاني والتي تسمي المخطوطات الاستعرافية ، ويقصد بالمعنى تفسير الشخص لسياق معين وعلاقة هذا السياق بالذات .

٢- ومهمة عملية إعطاء المعاني هذه (على المستوى التلقائي أو المقصود (Automatic or deliberate) هي محاولة التحكم في المنظومات النفسية المتنوعة (على سبيل المثال ، السلوك ، الانفعال ، الانتباه، والتذكر) . وهكذا فإن المعنى ينشط الاستراتيجيات الخاصة بالتكيف .

٣- هناك تأثير متبادل بين المنظومات الاستعرافية والمنظومات الأخرى .

٤- وترتبط كل فئة من هذه المعاني بأنماط محددة من الانفعالات والانتباه والتذكر والسلوك . وتسمى هذه العملية بـ : خصوصية المحتوى الاستعرافي (Cognitive content specificity) .

٥- ومع أن المعاني من صنع الشخص وليست بالضرورة أشياء موجودة من قبل في الواقع فإنها تكون صائبة أو خاطئة من حيث علاقتها بسياق أو هدف معين . عندما يحدث التشويه الاستعرافي أو التحيز تكون المعاني غير فعالة أو غير تكيفية(Maladaptive) . ويشتمل التشويه الاستعرافي على أخطاء في المحتوى الاستعرافي (المعنى)، أو في المعالجة الاستعرافية (تفسير المعاني) أو في الاثنين معاً .

٦- لدى الناس استعداد لتكوين أخطاء استعرافية محددة (التشويه الاستعرافي). وتسمى هذه الاستعدادات لهذه الأخطاء: الهشاشة الاستعرافية (Cognitive vulnerability) ؛هناك أنواع مختلفة من الهشاشة الاستعرافية يجعل كل منها الفرد أكثر استعداداً للتعرض لاضطراب معين.

٧- تنشأ الاضطرابات النفسية من تكوين معاني غير متكيفة حول الذات، السياق البيئي (الخبرة) والمستقبل (الأهداف) والتي تسمى مجتمعة بالثالوث الاستعرافي (Cognitive triad). لكل أعراض إكلينيكية معاني غير متكيفة مميزة وترتبط بعناصر الثالوث الاستعرافي : في الاكتئاب تفسر كل العناصر الثلاثة تفسيراً سلبياً . في القلق ينظر للنفس كذات عاجزة ، ويمثل الموقف مصدر خطورة للفرد، ويبدو المستقبل غامضاً أو مشكوكاً فيه . وفي الغضب واضطرابات البارانويا ، يعتقد الفرد أن الآخرين يعاملونه معاملة سيئة أو ينوون إيذاءه ، وينظر إلى العالم كمكان يخلو من العدل ويتعارض مع مصلحته. خصوصية المحتوى الاستعرافي (ارتباط أفكار معينة باضطراب معين) مرتبطة بالثالوث الاستعرافي .

٨- يوجد ثلاثة مستويات للاستعراف :

أ / المستوى ما قبل الشعوري ، غير المقصود ، التلقائي (الأفكار التلقائية) (Automatic thoughts) .

ب / المستوى الشعوري .

جـ/ التفكير حول التفكير (ما وراء الاستعراف) (Metacognitive) ، والذي يشتمل على الاستجابات الواقعية أو العقلانية أو التكيفية . (سوف يتم التعرض لهذه المستويات بشيء من التفصيل في مواضع لاحقة من هذا الكتاب).(Alford and Beck, 1997, PP. 15-17).

وبالإضافة إلى مسلمات النظرية الاستعرافية هناك مبادئ خاصة بالعلاج الاستعرافي السلوكي الذي يمارس ضمن حدود مسلمات النظرية الاستعرافية :

١- يعتمد العلاج الاستعرافي السلوكي على صياغة مشكلة المريض التي يتم تطويرها وتنقيحها بصورة مستمرة ضمن إطار المنظور الاستعرافي ويعتمد المعالج في صياغة مشكلة المريض على عوامل متعددة ومن ذلك: تحديد الأفكار الحالية للمريض (أنا فاشل لا أستطيع عمل أي شيء كما ينبغي) ، الأفكار التي تساهم في استمرار الوضع الانفعالي للمريض والتعرف على السلوكيات غير المرغوب فيها (العزلة الاجتماعية ، التردد ، السلوكيات التي تتفاعل مع الأفكار وتدعمها). ثم يحاول التعرف على العوامل المرسبة التي أثرت على أفكار المريض عند ظهور المرض (حادثة محزنة ، تغير شيء مألوف وبعد ذلك يتعرف على الأسلوب الاستعرافي الذي يفسر من خلاله المريض الحوادث التي يتعرض لها مثلاً (عزو النجاح للحظ ولوم النفس على الفشل). يقوم المعالج بصياغة المشكلة في الجلسات الأولى ولكنه يستمر في إجراء تعديلات عليها كلما حصل على معلومات جديدة .

٢- يتطلب العلاج الاستعرافي السلوكي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والمريض تجعل المريض يثق في المعالج ويتطلب ذلك قدرة المعالج على التعاطف والاهتمام بالمريض وكذلك على الاحترام الصادق له وحسن الاستماع بالإضافة إلى كفاءة المعالج التي تظهر من خلال سير العملية العلاجية .

٣- يشدد العلاج الاستعرافي السلوكي على أهمية التعاون والمشاركة النشطة. العمل كفريق يشترك في وضع جداول عمل للجلسات وفي إعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها المريض بين الجلسات .

٤- يسعى المعالج إلى تحقيق أهداف معينة وحل مشكلات معينة .

٥- يركز العلاج على الحاضر. في معظم الحالات يتم التركيز على المشكلات الحالية وعلى مواقف معينة تثير القلق لدى المريض . ومع ذلك فقد يتطلب الأمر الرجوع إلى الماضي في حالة ١- رغبة المريض الشديدة

في القيام بذلك ٢- عدم حدوث تغيّر يذكر في الجوانب الاستعرافية والسلوكية والانفعالية ٣- عندما يشعر المعالج بأن هناك حاجة لفهم الكيفية التي تطورت بها الأفكار غير الفعالة لدى المريض.

٦- العلاج الاستعرافي السلوكي علاج تعليمي ، يهدف إلى جعل المريض معالجاً لنفسه كما أنه يهتم كثيراً بتزويد المريض بالمهارات اللازمة لمنع عودة المرض بعد التحسن (الانتكاس) .

٧-العلاج الاستعرافي السلوكي علاج قصير المدى . يتم علاج معظم حالات الاكتئاب والقلق في مدة تتراوح ما بين ٤-١٤ جلسة .

٨-تتم الجلسات في العلاج الاستعرافي السلوكي وفق جدول عمل معين يحاول المعالج تنفيذه قدر الاستطاعة؛ التعرف على الوضع الانفعالي للمريض؛ يطلب من المريض تقديم ملخص لما حدث خلال الأسبوع الماضي ؛ إعداد جدول أعمال الجلسة (بالتعاون مع المريض)؛ التعرف على رد فعل المريض حول الجلسة السابقة؛ مراجعة الواجبات المنزلية؛ تقديم ملخصات لما تم في الجلسة بين الحين والآخر؛ ثم أخذ رأي المريض فيما تم في نهاية الجلسة.

٩- يعلّم العلاج الاستعرافي السلوكي المريض كيف يتعرّف على الأفكار والاعتقادات غير الفعالة وكيف يقوّمها ويستجيب لها.

١٠- يستخدم العلاج الاستعرافي السلوكي فنيات متعددة لإحداث تغييرات في التفكير ، المزاج، والسلوك . يستخدم في العلاج الاستعرافي السلوكي بالإضافة إلى الفنيات الاستعرافية الأساسية مثل الأسئلة السوقراطية والاكتشاف الموجه فنيات من مدارس أخرى وبالذات من المدرسة السلوكية (J.S. Beck, 1996, PP.5-8) كما ذكر سابقاً .

١١- يؤكد العلاج الاستعرافي السلوكي على أن يكون المعالج صريحاً مع المريض يناقش معه وجهة نظره (المعالج) حول المشكلة (الصياغة) ويعترف بأخطائه ويسمح للمريض بمعارضته. وعدم القيام بذلك يتعارض

مع الطبيعة التعاونية بين المعالج والمريض التي يركـــز عليـها العـلاج الاستعرافي السلوكي (Blackburn and Twaddle, 1996, P.9) .

ثانيا : المخطوطة Schema

المخطوطة كلمـــة مرادفـة لخطـة Plan ، طريقـة outline ، بنـاء structure إطار Framework ولبرنامج Program . وفي أي مـــن هـذه المعاني يقصد بكلمة مخطوطة، عندما ترد في معظم التراث الخاص بالنظريـة الاستعرافية و في العلاج الاستعرافي السلوكي القوة التي توجه سـلوك الفـرد . (Reber, 1995)

مفهوم المخطوطة الاستعرافية في التراث المبكـر للنظريـة والعـلاج الاستعرافي السلوكي :

نشأت فكرة المخطوطة كمحاولة للتعرف على الكيفية التـي ينظـم بـها الإنسان المعارف التي يكتسبها في حياته أو ما يسمى بالتمثيل الداخلي للمعارف (Brewin, 1989) . وقد انتشر استخدام المخطوطة بفضل بحوث الذاكرة التي تنظر إلى هذا المفهوم كتمثيل منظم للمعلومات الخاصة بما يتعرض له الفـرد من مثيرات في حياته اليومية (Wells, 1994) والمخطوطة في نظر أصحـاب الاتجاه الاستعرافي هي الأداة التي يفهم الفرد من خلالها ما يمر به من خـبرات ويقرر الكيفية التي سوف يتعامل بها مع هذه الخـبرات (J. Beck, 1995) وهكذا فإن الفرد قد لا يرى الواقع كما هو لأن إدراكه للواقع مبني على نـوع المخطوطات التي تكونت لديه، الأمر الذي قد يجعله يكوّن نظرة خاصة به هـو عن الواقع تختلف عن نظرة غيره من الناس (Rearn, 1991) . ولهـــذه النظرة الخاصة بكل فرد للواقـــع الذي يعيش فيه دور أساسي في تحديــد ردود فعله على ما يدور من حوله . وتجدر الإشارة إلى أن تطور والنظـرة أو المعنى (أو المخطوطة) الذي يعطيه الفرد لما يتعرض له من مثـيرات ليسـت

مقصورة على عقد نفسية معينة أو على التثبيت كما يرى أصحاب مدرسة التحليل النفسي ولكنها مرتبطة بأمور كثيرة هامة في حياة الفرد مثل خبرات النجاح والفشل والقبول والرفض والاحترام والازدراء (Beck, 1991) .

والمخطوطة قد تكون متكيفة أو غير متكيفة ، وفي الحالة الثانية قد يكون صاحبها عرضة للاضطرابات النفسية المتعددة . <u>وللمخطوطة غير المتكيفة عدد من الخصائص التي لاحظها الممارسون الإكلينيكيون ويؤيدها عدد من البحوث في مجال علم النفس الاستعرافي والعلاج الاستعرافي السلوكي:</u>

١- المخطوطة غير المتكيفة أكثر جموداً من المخطوطة العادية (المتكيفة) .
٢- تبقى كامنة حتى تستثار بمثيرات شبيهة بالظروف التي تشكلت فيها .
٣- قد يحدث نوع من التوسع في عدد المثيرات (تعميم) التي تثير المخطوطة مما يزيد من فقدان سيطرة الفرد على تفكيره .
٤- محتوى المخطوطة يعتمد على خبرات الفرد السابقة (Wells, 1994) .
٥-تظهر في العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض ثلاث عمليات متعلقة بالمخطوطة أطلق عليها ينق Young ١٩٩٤ (أ) الحفاظ على المخطوطة (Schema maintenance) (ب) تفادى المخطوطة (Schema avoidance) و(ج) تعويض المخطوطة (Schema compensation). والمثال التالي يوضح هذه العمليات الثلاث، قد يمارس المريض الذي لديه مخطوطة اعتمادية (Young & Klosco,1993) سلوكيات سلبية(Passive) يعتمد من خلالها على العلاقة العلاجية(الحفاظ على المخطوطة–سلوكيات تدعم المخطوطة)،يرفض أن يثق في المعالج أو يترك العلاج قبل إتمامه ويشير إلى انه سوف يحل مشكلته بنفسه(تعويض المخطوطة)، أو يتفادى بصورة مستمرة مناقشة المسائل الصعبة، يغير موضوع الحديث أو يطرح أزمة جديدة كل أسبوع(تفادى المخطوطة)(In: Wills & Sanders,1997).

ويفترض أصحاب الاتجاه الاستعرافي السلوكي في تفسير الاضطرابات النفسية أن المخطوطة غير التكيفية تكون نشطة لدى من يعانون من الاكتئاب والقلق ونوبات الفزع والوسواس القهري وغيرها من الاضطرابات النفسية.

وعندما تنشط هذه المخطوطة غير المتكيفة تصبح لديها القدرة على إزاحة المخطوطة المتكيفة أو منع نشاطها مما يجعل التعامل مع الموقف تعاملا غير ملائم لأن المخطوطة غير المتكيفة تجعل الفرد يفسر الموقف بشكل متحيز (Biased) (Oei and Free,1995) تبعاً لمحتويات المخطوطة وما ينتج عنها من أفكار تلقائية .

وفي الوقت الذي تؤدي فيه المخطوطة إلى إدراك متحيز للمعلومات التي يتعرض لها الفرد، بحيث تكون منسجمة مع محتواها، فإن هذه المعلومات من جانبها قد تؤثر في المخطوطة وقد تساعد على تغييرها (Feldman, 1994) ؛ ويعتبر هذا الافتراض من الافتراضات الأساسية الذي يقوم عليه العلاج الاستعرافي السلوكي .

وخلال الخبرات التي يمر بها الفرد يتم تشكيل عدد كبير من المخطوطات حول مناحي الحياة المتعددة للإنسان فهناك من المخطوطات ما يتعلق بالفرد نفسه وما يتعلق بالبيئة المحيطة به وما يتعلق بتعامل الفرد مع ما يتعرض له من مثيرات: على سبيل المثال قد يكون لدى شخص ما الاعتقادات التالية :

أنا شخص غير محبوب، قيمتي كشخص مرتبطة بما أقوم به من أعمال (محتويات المخطوطة المتعلقة بالفرد) ولابد أن أؤدي ما أنا بصدد القيام به على أكمل وجه (محتويات المخطوطة المتعلقة بالتعامل مع العالم) (Feldman, 1994) ويتفرع عن هذه الأنواع الرئيسية عدد كبير من المخطوطات مثل تلك الخاصة بتصنيف الناس حسب ألوانهم ، جنسهم ، أو أحجامهم ومخطوطات خاصة بتوجيه السلوك في المطعم ، الجامعة أو في أي مكان آخر ، فالفرد يتصرف في هذه الأماكن بسلوكيات مختلفة لأن المخطوطات تشتمل على القواعد السلوكية الخاصة بكل من هذه الأماكن . السلوكيات المبنية على محتويات المخطوطة لدى كل فرد قد لا تكون صائبة في كل الأحوال حتى لو اعتقد الفرد أنها هي السلوكيات الملائمة (Reardon, 1991) .

المخطوطة غير المتكيفة ، تبعاً للنموذج الاستعرافي قد تؤدي إلى

تفسيرات غير موفقة للمثيرات التي يتعرض لها الفرد ويتبع ذلك سلوكيات غير ملائمة الأمر الذي قد يؤدي في النهاية إلى شعور الفرد بالاكتئاب ، القلق أو الغضب. وتحدد درجة احتمال تعرض الفرد لهذه الاضطرابات نتيجة لوجود مخطوطة غير متكيفة وفقا لعدد من العوامل منها :

١- درجة تمسك الفرد بالمخطوطة .
٢- أهمية المخطوطة بالنسبة لسلامة الفرد .
٣- قوة الأفكار البديلة للمخطوطة عندما تستثار (المخطوطة) .
٤- الخبرات السابقة المتعلقة بالمخطوطة .
٥- قصر أو طول الفترة التي مرت بعد تشكيل المخطوطة (Freeman, 1992, In blackburn and Twaddle, 1996) .

تطور المخطوطة غير المتكيفة:

قد يكون من المفيد هنا قبل الحديث عن تطور المخطوطة غير المتكيفة تقديم ملخص لعملية معالجة المعلومات التي ينتج عنها ، في مراحل متقدمة ، تشكل المخطوطة. بصورة عامة المرحلة الأولى في عملية معالجة المعلومات هي التقاط المعلومات من البيئة من خلال الحواس يلي ذلك محاولة إعطاء معنى لما تم التقاطه كمرحلة أخرى ثم تخزين المعنى الذي أعطى لما لوحظ في الذاكرة كمرحلة ثالثة (Mathews, 1997) .

ولكن التوصل إلى معنى أو مخطوطة(نموذج سكيماتي/مخطوطاتي) (سيتم التطرق لهذا الموضوع فيما بعد) لما يعترض الإنسان من خبرات لا يحدث بهذه السهولة كما يرى تيزديل Teasdale. يقترح تيزديل أن هناك، بناء على ما نعرفه عن الكيفية التي يعمل بها العقل ، تسعة أنواع مختلفة نوعياً من المعلومات أو الشفرات (Codes) العقلية :

أ / الشفرات الحسية والشفرة الخاصة بالإحساس الداخلي في الجسم

وتشتمل على الشفرة السمعية (Acoustic) وهي التـــي تقـوم بترمـيز (Encode) ما يسمعه الفرد ، والشفرة البصرية (Visual) وتعني بترميز ما يراه الفرد والشفرة الخاصة بحالـة الجسـم(Body-state) وتختـص بترميز ما يحس به الفرد داخل جسمه مثل الألم ، وضع الأعضاء بالنسبة للجسم ، والطعم والرائحة بناء على المعلومات التي سجلتها الحواس .

ب/ شفرات الوصف البنائي الوسيطة

Intermediate Structural Description Codes

تشتمل على شفرة المورفونولكسكل (Morphonolexical) (تعني بالصيغ الكلامية) وهي التي تقوم بترميز وصف تجريدي لما تم التقاطه من الشفرة السمعية (الكلمات والعلاقات فيما بينهما في حـيز الصـوت) Fentities and relationships in sound space) تمثل هذه الشفرة ما يسـمعه الفرد من الداخل (Hear in the head) . كما تشتمل على شفرة الأشـياء التي تقوم بترميز وصف تجريدي بنائي (Structural) للأشياء والعلاقات في الحيز البصري بناء على مجموع المعلومات التي في الشفرة البصرية. تسجل هنا أشياء متكاملة : طاولات ، كراسي وعلامات مكانية مثل فـوق وخلف. ما يسجل هنا عبارة عن، إذا لم يكن مرتبـط بحـوادث بصريـة حقيقية ، ما ينتجه التخيل البصري(Visual imagery) .

جـ/ شفرات المعاني (Meaning Codes)

وتشتمل على الشفرة الخبرية (Propositional) التي تتمثل فيها المفـاهيم الدلالية (Semantic concepts) والعلاقات فيما بينـها ، علـى سـبيل المثال (للطيور أجنحة) و (وحيد أطول من وليد) ، المعـاني فـي هـذا المستوى سهلة الفهم لأنها مرتبطة بما تظهره الجملة . تشتمل هذه الشـفرة على عبارات تأكيديه لعلاقات محددة يمكن التأكد من صحتها ومعرفة مـا إذا كانت صحيحة أو خاطئة . وإلى جانب الشفرة الخبرية توجد الشـفرة

الضمنية (Implicational) . في هذه الشـــفرة يتـم ترمــيز تجريــدي لمدخلات الشفرة الحسية ، شفرة الإحساس الداخلـــي للجســم والشــفرة الخبرية. في هذه الشفرة يتم استخلاص ودمج ما ســجل فــي الشــفرات الأخرى. المعنى الذي يسجل هنا معنى متكامل (Whole) يختلف نوعيــاً عن مجموع المعاني الخبرية والمعلومات الحســية التــي ســاهمت فــي تشكيله. ما يحدث هنا هو تشكيل ما يمكن تسميتها بنمـــاذج مخطوطاتيــة للخبرة (Schematic models of experience) .

د / شفرات الاستجابة (Effector Codes)

وتختص بالمعلومات اللازمة للتحكم بمخرجات الكلام والمعلومات اللازمة للتحكم في جميع النشاطات الحركية .

وبالإضافة إلى ذلك يوجد في النظام الاستعرافي آلية تحول المعلومات من شفرة مختصة بنوع معين إلى شفرة أخرى . على سبيل المثال يتم تحويل مدخلة حسية صوتية إلى الشفرة الخاصة بالكلام . كما يتم مثـــلا إنتـاج ردود الفعل الانفعالية الاكتئابية في الشفرة الاستجابية (د) عندما يسجل في الشفرة الضمنية وضع مرتبط بفقدان شيء معين .

وهناك ذاكرة مستقلة لكل شفرة من الشفرات العقلية التسع يخزن فيها كل ما يسجل في هذه الشفرات . فبعد الانتهاء من محادثة بين شخصين علـــى ســبيل المثال تتم عملية تخزين متعددة لما حدث ، يسجل في الذاكرة الخاصة بـــالكلام تمثيلات للكلمات التي قيلت في المحادثة وفي الشفرة الخاصة بالمعنى يســـجل تمثيل للمعنى المحدد المشتق مما قيل بما في ذلك الكلمات التـــي قيلــت وفـــي الذاكرة الخاصة بالشفرة الضمنية يتم تخزين تمثيل للتفسير المعطى لما حــدث ؛ تــهديد ، ارتيــاح أو غمــوض علـــى ســبيل المثـــال Teasdale and). Barnard,1993; Teasdale, 1996, 1997)

وتتطور المخطوطة غير المتكيفة عبر الآليات المذكورة عندما يتعــرض الفرد لخبرات سلبية في فترة الطفولة أو ما بعدها (Rapee,1996). وهنـــاك

من يميل إلى الاعتقاد بأن المحيط العائلي ، قياساً على السياقات الأخرى ، هـو المصدر الأساسي لتشكيل المخطوطة غير المتكيفة (Feldman,1994) . فقـد توصل قرينسبان وبندر لي بناء على نتائج دراسـات متعـددة حـول نشـوء الانفعالات وعلاقتها بالتنشئة وبالتفكير وبالصحة العقلية بصورة عامة إلـى أن للخبرات المبكرة للطفل وبالذات ما هو مرتبط بالتفاعل بين الطفل وبين مـن يحتك بهم(الوالدين أو من يتولى تربية الطفل) دور كبير في بنـاء شـخصيته والى أن هناك علاقة تفاعلية حساسة بين التركيبة البيولوجيـة للطفـل وبيـن خبراته لكن الخبرات تطوّع الجوانب البيولوجية لكي تنسجم مع بيئة الطفـل . ومن الممكن إرجاع وجود بعض الاعتقادات السلبية مثل (لم أجد من هو جديـر بالثقة) أو (الناس كلهم يريدون إيذائي) أو أساليب تفكير غير فعالة مثل ثنائيـة التفكير (أما كل شيء أو لا شيء بالمرة) أو (الأشياء أو الناس إما سـيئون أو طيبون) إلى أخطاء وقعت خلال العلاقة بين الطفل وبين من يتولى العناية مثل عدم إظهار الحب أو الحماية الزائدة أو عدم إعطاء الطفل الفرصة للتعبير عـن مشاعره (Greenspan & Benderly,1997).

وتأثير الخبرات المبكرة على سلوك الفرد من القضايا التي يسلم بها الكثير من المشتغلين في مجال الاضطرابات النفسية وعلاجها ولكن لا يـزال هنـاك شئ من الخلاف حول الكيفية التي يحدث من خلالها ذلك. ويميل الاستعرافيون إلى تفسير تطور المخطوطات غير المتكيفة بناء على نتائج البحوث الحديثة في علم النفس الاستعرافي. وتشير هذه البحوث إلى أن المخطوطة غير المتكيفـة تتطور في السنوات الأولى من حياة الفرد، ليس بسبب صدمات نفسية جنسية أو صراع أوديبي كما يرى أصحاب مدرسة التحليل النفسي(عكاشة،١٩٩٨) ولكـن بسبب كون الطفل في مرحلة نمو لم تتطور فيها بعد قدرته على استخدام اللغـة وعلى التفكير التصوري (Conceptual thinking) بالقدر الذي يمكنه مـن التعامل المناسب مع ما يدور من حوله. فالطفل في هـذه المرحلـة لا يرمّـز (Encode) ويخزّن (Store) الخبرات في الذاكرة كما يفعل عندما يكبر. وقد ينتج عن ذلك تشكيل مخطوطات غير متكيفة تتحكم في استجاباته لما يتعـرض

له من مثيرات في مراحل لاحقة من حياته في مواقف مشابهة لما حدث له في مرحلة الطفولة. فقد يشعر شخص ما على سبيل المثال بالعجز والذل عندما ينتقده شخص آخر لأنه قد تعرض لنقد لاذع من والديه أو من تولى تربيته في سنوات طفولته الأولى ولم يستطع آنذاك، بحكم صغر سنه، الدفاع عن نفسه. فتكونت لديه مخطوطة غير متكيفة تظهر عندما يتعرض لظروف مشابهة للظروف التي تطورت فيها هذه المخطوطة فيكرر السلوك غير المناسب الذي مارسه آنذاك وليس السلوك المتوقع من هم في سنه(Wills & Sanders,1997)

وقد تتشكل المخطوطة دون التعرض مباشرة لحوادث غير سارة ، ومن ذلك على سبيل المثال أن تكون لدى الفرد مخطوطة تحتوي على اعتقادات مثل (أنا شخص غير كفؤ) أو ما شابه نتيجة لعمل غير مقبول ، بالنسبة للمجتمع الذي يعيش فيه المريض، قام به شخص من أفراد العائلة في الوقت الحاضر أو حتى قام به أحد أجداده وهذه الظاهرة تنتشر في المجتمعات التي تعمم الصفات التي تعطي لفرد معين على أفراد عائلته لفترات طويلة Padesky & Greenberger, 1995)). وقد تتطور مخطوطات غير فعالة نتيجة لتعرض الفرد لمعلومات ناقصة أو غير صحيحة حول شئ ما: اعتقادات خاطئة حول خطورة بعض الأماكن أو المأكولات أو الناس أو الأعراض الجسمية أو النفسية.

وبصورة عامة الإنسان ميال إلى تكوين الاعتقادات فهو منذ أن وجد على هذه الأرض وهو في حالة بحث دائم عن تفسيرات لما يدور من حوله أو لما يشعر به لأن وجود هذه التفسيرات لديه يعطيه نوع من الإحساس بأن لديه القدرة على التحكم في البيئة التي يعيش فيها وبالتالي انخفاض درجة القلق لديه. ومن ذلك على سبيل المثال أن الإنسان القديم وأمام وطأة المرض والجوع وقسوة الحياة حاول إقناع نفسه بتفسيرات بدائية لما يحدث له كأن يعزو سبب المرض إلى شيء معين وبالتالي يشعر بالراحة على اعتبار أنه ما دام قد توصل إلى السبب فإن بإمكانه إبطال مفعوله بشكل أو بآخر وبالتالي تفادي

الوقوع في المشكلة . وقد يكوّن الإنسان اعتقادات خاطئة(سلبية في الغالب) عن أناس آخرين في محاولة منه لتحسين مفهومه لذاته(Epstein,1994).

المنظور الحديث للمخطوطات وعلاقتها بالاضطرابات النفسية :

كان الافتراض السائد لدى الكثير من الاستعرافيين ، تبعاً لنموذج بــك، أن الاكتئاب على سبيل المثال يتطور على الشكل التالي :

(١) خبرات مبكرة، (٢) تكوين المخطوطة (ومـــا ينتــج عنـــها مـــن اعتقادات)، (٣) تنشيط المخطوطة من خلال خبرات مشابهة للخـــبرات التـــي ساهمت في تكوين المخطوطة، (٤) استعراف ســـلبي (أفكـــار ســـلبية)، و(٥) اكتئاب (Teasddale & Branard,1993) . لاحظ أن التركـــيز هنـــا علـــى مخطوطة واحدة تستثار وتتبــــع بالشـــعور بالاكتئـــاب أي علاقـــة خطيـــة (Linear schematic processing). ومع أن هذا النموذج كان مفيداً فـــي فهم وعلاج الاضطرابات النفسية إلا أنه لـــم يســـتطع مجـــــــاراة نتـــائج الدراسات الحديثة في هذا المجال ومن ذلك أنه، على سبيل المثال، عاجز عـــن تفسير :

١- تعدد الأعراض الاســـتعرافية والوجدانيـــة (Affective) والدافعيـــة (Motivational) والسلوكية (Behavioral) في الاضطرابات النفسية.
٢- التحيز المنتظم عبر الكثير من المجـــالات (اســـتعرافي ، وجدانـــي، دافعي، وسلوكي) مما يوحي بأن هنالك تنظيم شامل معقد للمخطوطـــة في الاستجابات النفسية الشديدة.
٣- ظاهرة زيادة الحساسية . حدوث الاضطراب النفسي نتيجة لظـــروف أقل من تلك التي أثارته في المرات السابقة .
٤- اختفاء الأعراض (أو تخفيفها ، سواء بالعلاج الدوائـــي أو بـــالعلاج النفسي) .
٥- العلاقة بين معالجة المعلومات الشعورية وغير الشعورية.

ولتفادى اوجه القصور هذه طرح بك نموذجا حديثا يعتبر امتدادا وتطويـرا لنموذج المخطوطة الواحدة وينسجم مع التطورات التي حدثت في علم النفـس الاستعرافي وفي العلاج الاستعرافي السلوكي كما انه مـن الممكـن اعتبـار النموذج الجديد محاولة لتطوير نظرية استعرافية للشخصية.

وقد اقترح بك في النموذج الجديد إضافتين أساسيتين لنموذج المخطوطـة الواحدة:

أ / الوضعيات (Modes)

وهي شبكة من العنـاصر (Components) الاسـتعرافية والوجدانيـة والدافعية (Motivational) والسلوكية . والوضعيات عبارة عن تنظيمات فرعية للشخصية مخصصة للتعامل مع ما يتعرض له الفرد من مطـالب ومشكلات.

وأهم هذه الوضعيات بالنسبة للأمراض النفسية هي الوضعيـات الأوليـة (Primary modes) التي تشتمل على الوضعيات المرتبطة بسـلوكيات الإنسان التي تهدف إلى الحفاظ على حياته (Survival) والتي تظـهر بشكل متطرف في الأمراض النفسية . وهناك العديد الوضعيات الأوليـة (الصراع من أجل الحياة) (وضعية الخوف ، وضعية القلـق ، وضعيـة الرغبة في الهرب) ، وهناك وضعيات كثيرة أخرى مثل (وضعية المذاكرة أو حتى وضعية مشاهدة التلفزيون) .

ب / الشحنات النفسية (Charges (cathexes))

وهو المفهوم الذي يمكن من خلاله تفسير التذبذب في شدة (حدة) البنـاءات الاستعرافية. ويستفاد من هذا المفهوم في فهم ظاهرة زيـادة الحساسـية (Sensitization) والتغيرات التي تحدث في الأعراض . من الممكـن، على سبيل المثال، استخدام هذا المفهوم لفهم أسـباب تحـول الأعـراض

الاستعرافية والوجدانية والدافعية والسلوكية من وضع (في القلق أو الاكتئاب على سبيل المثال) ساكن (خفيف) (quiescent) عند بداية ظهور هذه الاضطرابات إلى نشط (شديد) جداً فيما بعد. تعتمد درجة شدة الأعراض على مستوى الشحن النفسي الذي يتأثر بالتعرض لخبرات ذات علاقة بالمخطوطة. زيادة الشحن النفسي تؤدي إلى الزيادة في مستوى الأعراض والعكس صحيح .

أنواع المخطوطات المكونة للوضعية:

تتكون الوضعية، كما ذكر، من مخطوطات لكل منها وظيفة محددة ولكنها تعمل معاً لتحقق هدف معين. على سبيل المثال تتكون وضعية المواجهة أو الهرب (الكر والفر)(Fight-flight) من (المخطوطة الاستعرافية) إدراك وجود خطر، (المخطوطة الوجدانية) الشعور بالقلق أو الغضب الذي يدفع الفرد للقيام بشيء ما (المخطوطة الدافعية) ثم الحدث نفسه (المخطوطة السلوكية). وهناك أيضا ما يسمى المخطوطة الموجهة (Orienting schema) وهي التي تنبه الفرد إلى وجود الخطر ويتبع ذلك تنشيط المخطوطات الأخرى في الوضعية ذات العلاقة.(المخطوطة الموجهة لوضعية معينة تنشط بقية المخطوطات في هذه الوضعية). وبالإضافة إلى ذلك هناك العنصر (النظام) الفسيولوجي؛ الاستعداد الفسيولوجي للمواجهة أو للهرب .

وظائف المخطوطات التي تتكون منها الوضعية :

تعني المخطوطة الاستعرافية بالوظائف المتعلقة بمعالجة المعلومات وإعطاء المعاني: اختيار المعلومات ، الانتباه ، التفسير (إعطاء معنى لما حدث) ، التذكر واستدعاء المعلومات . تشتمل هذه المخطوطة على فكرة الفرد عن نفسه وفكرته عن الآخرين، أهدافه وتوقعاته، ذكرياته ، والأشياء التي تعلمها وخيالاته. كما تشمل مهام المخطوطة الاستعرافية على استخلاص معاني معقدة وتكوين مفاهيم مجردة مثل قيمة الذات ، المرغوبية الاجتماعية والعزو السببي (Causal attributions). وللذاكرة مكان مهم في المخطوطة الاستعرافية:

تنظم الخبرات في الذاكرة حول موضوعات (Themes) وعندما تنشط وضعية معينة تنشط أيضاً الذواكر Memories المتطابقة مع موضوع الوضعية النشطة .

المخطوطة الوجدانية :

وهي التي تنتج الوجدانات مثل : الحزن والفرح والقلق والغضب عندما تنشط. وظيفة الوجدانات الإيجابية هي تدعيم النشاطات الموجهة لتحقيق أهداف معينة من خلال مكافأة الفرد مقابل تحقيق الأهداف .

المخطوطة الدافعية والسلوكية :

وتشتمل على الآليات اللازمة للتحرك التلقائي (أو الكف) للفرد للقيام بعمل شيء ما (أو عدم القيام بأي شيء)، ومع أن نشاط هذه المخطوطة يحدث بصورة تلقائية فإن باستطاعة الفرد التحكم فيه (سوف تتم مناقشة ذلك تحت موضوع التفكير حول التفكير (Metacognition) .

النظام الفسيولوجي :

وهو النشاط الفسيولوجي الذي يحدث عندما تنشط الوضعيات المرتبطة بالشعور بالتهديد كما يحدث في حالات القلق والغضب ، وأهميته لا تأتي فقط من أنه يهيئ الفرد للهرب وإنما أيضا من التفسيرات التي يفسر بها الفرد مخرجات هذا النظام مثل (سوف أصاب بالإغماء كما يحدث لدى مرضى القلق). الاستجابة الفسيولوجية عندما يكون الفرد مستعد للتحرك تزيد من قوة الشحنة النفسية.

وفيما يلي أهم النقاط الأخرى التي وردت في النموذج الجديد:

١- يحدث جزء كبير من معالجة المعلومات في الحالات الطارئة خارج نطاق الوعي مع وجود مخرجات استعرافية على شكل خيالات حول الخطر المتوقع للفرد. وبعد ذلك يحدث كل ما يتبع ضمن نطاق الشعور. بصورة عامة تحدث العمليات غير الشعورية بصورة تلقائية سريعة (انعكاس Reflex) كاستجابة

للتهديد بينما تحدث العمليات الشعورية بشكل بطيء (بصورة أبطأ).

٢- تظل المخطوطة الموجهة، عندما يكون الفرد يعاني من الاضطراب (اكتئاب ، مثلاً)، عاملة (نشطة) وفي هذه الحالة يكفي دليل ولو ضعيف على وجود خبرة تنسجم مع محتوى الوضعية لكي تصنف الخبرة كحالة مطابقة لمحتوى الوضعية: في حالة الاكتئاب على سبيل المثال تفسر الحوادث الغامضة أو ذات العلاقة الضعيفة بالوضعية بشكل سلبي. المخطوطة السلبية تعزل المخطوطات العادية وتفرض تفسيرها على المواقف: فقد يفسر المكتئب ابتسامة شخص آخر بأنها احتقار أو شفقة عليه ، والانفصال المؤقت كدليل على الهجران .

٣- النموذج الجديد ينطبق على ردود الفعل النفسية العادية والمرضية وهكذا فان الوضعيات هي المسئولة عن سلوكيات الإنسان المختلفة ابتداء من ردود الفعل البسيطة الموقتة في الحالات الطارئة حتى الظواهر الأكثر استمراراً مثل الاكتئاب والتفرقة (Prejudice).

٤- الوضعيات عبارة عن وحدات بنائية في الشخصية (Units of personality) جاهزة (مستعدة) للعمل لجعل الفرد يتكيف مع ظروف الحياة غير المستقرة .

٥- الوضعيات الأولية ليست غير متكيفة دائماً ، استنفار الوضعية في مواجهة خطر حقيقي سلوك ملائم بالطبع . الاضطرابات النفسية انحراف (aberration) أو مبالغة في عملية تكيف عادية، أي أنها امتداد للوضعيات الأولية وهناك ما يقابل الاضطرابات النفسية في الوضعيات الأولية؛ يقابل الوضعيات الأولية التوجس ، الغضب ، والحزن اضطرابات نفسية معينة من المخاوف، العدائية (العدوانية) والاكتئاب. وظيفة الوضعية الاكتئابية هي

الحفاظ على الموارد (conservation of resources) ووظيفة وضعية القلق هي الحفاظ على الذات ، وهكذا لبقية الاضطرابات.

٦- محتوى الوضعية يبين ما إذا كان الفرد يعاني من رد فعل عادي أو من اضطراب نفسي: الحالة التي تدوم لفترة طويلة، مع وجود محتوى متطرف (شديد) لا يتناسب مع الظروف التي أثارت الحالة، و تستمر حتى بعد تغير هذه الظروف تشير إلى وجود اضطراب معين.

٧- قد تستثار الوضعية لأسباب خارجية أو لأسباب داخلية (بيولوجية مثل الجوع والاستثارة الجنسية) أو حالات غير طبيعية مثل الاضطرابية الوجدانية الثنائية Bipolar أو لعوامل داخلية(أفكار أو أحاسيس).

٨- مفهوم الشحنة النفسية يفسر ظاهرة التنشيط وإبطال التنشيط خفض أو رفع العتبة (Thresholds) وإزالة الحساسية ، يفسر هذا المفهوم كيف تصبح وضعية معينة أكثر نشاطاً مع تعاقب مواقف (مثيرات) معينة حتى تسيطر على أداء الفرد ، هذا التعاظم (الزيادة) Buildup يحدث في الظروف العادية: رد فعل العدائي (hositile) بعد التعرض لمضايقة متكررة (Insults) أو في ردود الفعل المرضية مثل الاكتئاب. مفهوم سحب الشحنة (de-energizing) وتعديل الوضعية غير المتكيفة وإعادة البناء الاستعرافي أو تدعيم وضعيات أخرى متكيفة تفسر كيف يتم تخفيف الأعراض التي يشكو منها المريض.

٩- من الناحية العملية من الأفضل أن يتوفر للكائن الحي نظام مستعد للعمل بشكل متكامل (مكون من أنظمة استعرافية وجدانية ودافعيه وسلوكية) بدلاً من الاعتماد على السيرورة الخطية (Linear process) لمخطوطات فردية واعتقادات تثير الوجدان والدوافع المتطابقة معها (في النموذج القديم مثير ← مخطوطة ← دوافع وجدان ! نهاية غير متوقعة للصيغة وسلوك – شيء يثير

شيء آخر) في النمـــــــوذج الجديد تستثار كل هذه العوامل في نفس الوقـــت كوحدة متكاملة .

<u>مثال توضيحي للتفريق بين المفهوم القديم للمخطوطة ومفهوم الوضعية (الجديد) البديل للمخطوطة المفردة:</u>

وصل أحد الطلاب متأخرا إلى الفصل : وفي هذه الحالة قد تشتمل ردود فعـــل بقية الطلاب المبنية على المخطوطة الموجودة لدى كل طالب على: انزعــــاج حول وضع الطالب المتأخر ، عدم الرضا عن تحول الانتباه عـــن مـــا يقولـــه المدرس أو أفكار حول ما قدم من معلومات هامة في غياب الطالب ، تفســـير الطلاب لماذا حدث وما صاحب ذلك من وجدانيات لا تدوم طويلا . لم يتـــهيأ الطلاب للقيام بسلوك معين وباستطاعتهم تحويل انتباههم مرة أخرى لما يقولـــه المدرس ، من الممكن فهم هذه الاستجابات المقتضبة باستخدام النموذج البسـيط (القديم) للمخطوطة.

ولكن عندما نحلل ما حدث على ضوء خبرة الطالب المتـأخر فلابـد مـن استخدام نموذج أكثر تعقيدا لفهم الموضوع : كـــان الطـــالب مصممـــا علـــى الوصول إلى الفصل في الوقت المحدد لأن ما ســوف يقدمـــه المـــدرس مـــن معلومات مطلوب في الامتحان، ولكنه تعرض لزحام غير متوقع نتيجة لحادث في الطريق الذي استخدمه وأحس أنه قد لا يتمكن من الحضور نهائيا . هـــذه هي الظروف المنشطة التي أثارت الوضعية الخائفـــة .المخطوطـــة الموجهـــة المرتبطة بالقابلية للتعرض للأذى والخطر جزء مهم في النظام الاســـتعرافي؛ عندما يدرك الفرد الموقف كشيء يـــهدد أمنـــه الجســـمي أو النفســـي تقـــوم المخطوطة الموجهة بتنشيط الوضعية الأولية . بـــدأ الطـــالب يتصـــــــور عواقب وخيمة لتأخره : سوف يرسب في الامتحان ، يطرد مـــن المدرســـة ، يسخر منه بقية الطلاب وينتهي به الأمر إلى الضياع: تذكره لما حدث للطـلاب الذين فشلوا يزيد من مخاوفه .

عندما تنشط الوضعية الأولية تظل المخطوطة الاستعرافية والوجدانية الدافعية والسلوكية والنظام الفسيولوجي نشطة لفترة طويلة بعد اختفاء الظروف التي أثارته ، وهكذا يظل الطالب المتأخر قلقا لفترة طويلة حتى بعد أن وصل الفصل وحصل على ما فاته من معلومات . وهذا هو ما يحدث في الوضعيات غير المتكيفة مثل الاكتئاب حيث تبقى الوضعية نشطة لفترة طويلة بعد زوال الحادثة المرسبة (الفشل أو الخسارة مثلا). يبقى المريض حزينا ومنسحبا وتستمر الوضعية في صياغة تفسيرات المريض لخبراته تبعا لمحتوياتها السلبية (Beck, 1996) .

كان القصد من استبدال المخطوطة بالوضعية(النموذج القديم بالجديد) هو تطوير مفهوم المخطوطة لكي يكون من الممكن تحقيق ما يلي :

١- استيعاب العمليات النفسية المعقدة التي تحدث في الاضطرابات النفسية.
٢- صياغة نموذج ينسجم مع التطورات السريعة التي تحدث في علم النفس الاستعرافي وفي العلوم المرتبطة به بشكل أو بآخر . ويلقي ما طرحه بك هنا الكثير من التأييد على المستوى النظري (Teasdale, 1997) وعلى المستوى الإكلينيكي كما تشير إلى ذلك الخبرات الإكلينيكية لممارسي العلاج الاستعرافي السلوكي وكذلك الدعم التجريبي الذي أظهرته الدراسات التجريبية في هذا المجال.

ففيما يتعلق بأن الاضطرابات النفسية عبارة عن محاولة من الفرد تهدف إلى تحقيق التلاؤم مع البيئة التي يعيش ، هناك من يرى على سبيل المثال أن الاكتئاب عبارة عن سلوك تكيفي يهدف إلى الاحتفاظ بطاقة الفرد عندما يواجه ظروف لا يستطيع تحملها (Maier & Watkins,1998) ، الأمر الذي ينسجم مع وجهة نظر بك التي يرى فيها أن الوضعيات الأولية العادية وكذلك الوضعيات غير المتكيفة ردود فعل ترمي، بشكل أو بآخر، إلى تكيف الفرد مع بيئته .

وهناك ما يشير إلى أن الناس يقومون بعملية اختزان للخبرات التي

يتعرضون لها وإظهارها مرة أخرى تحت ظروف معينة وهو ما ينسجم مع ما طرحه بك حول ما يحدث عند استثارة الوضعيات حيث تظهر الاستجابات الاستعرافية الوجدانية والدافعية والسلوكية والفسيولوجية الخاصة بوضعية معينة، عندما تستثار هذه الوضعية، بشكل متزامن وسريع. فقد اقترح لانق (Lang , 1977,1979) أن للخبرة المخيفة تمثيل داخلي لدى الفرد يشتمل على:

١- معلومات مفصلة عن مكان وخصائص الشيء المخيف (عناصر المثير) .
٢- تفاصيل للاستجابة اللفظية والفسيولوجية والسلوكية التي حدثت في الموقف المخيف (عناصر الاستجابة) .
٣- تفسير الفرد للمثير والاستجابة وأهميتها (إيجابية أو سلبية) بالنسبة للفرد (عناصر المعنى) (In, Brewing 1989). ومن المتعارف عليه أن الفرد يظهر هذه الاستجابات كوحدة متكاملة تقريباً عندما يتعرض لظروف مشابهة للمثير الأصلي الذي سجلت حوله هذه المعلومات في الذاكرة. وما يحدث أنه يستجيب للموقف الجديد بنفس استجابته للموقف الأصلي.

وقد وجد في دراسات حديثة أنه من الممكن استثارة الألم الشديد باستخدام التنبيه الكهربائي للمهاد (التلاموس) (thalamus) لدى المرضى الذين سبق لهم وأن عانوا من حالات ألم مزمن شديد ولم يعودوا يعانون منه بعد ذلك . ومن ذلك ظهور ألم شديد لدى سيدة في التاسعة والستين من العمر خلال تلقيها تنبيه كهربائي كجزء من علاج اضطراب في الحركة لديها. فقد اشتكت المريضة، أثناء عملية التنبيه، من ألم شديد في الصدر مطابق لما يحدث في الذبحة الصدرية (angina) التي سبق وأن تعرضت لها في الماضي . كان وصفها لما تعانيه وخوفها من أنها مصابة بنوبة قلبية من الوضوح إلى درجة أن أخصائي التخدير أعطاها النتروغليسرين (Nitroglycerin) في الحال. وقد تبين للجهاز الطبي عدم وجود أسباب لهذا الألم . وفي مثال آخر اشتكت امرأة

خلال تلقيها لتنبيه كهربائي من ألم شديد في المنطقة الشظوية (peroneal region) وتصورت أنها تلد . لم تكن المرأة حاملا في حينه ولكنها أما لأربعة أطفال . ما حدث هو أن الألم الذي عانت منه أثناء ولادتها لأطفالها في السابق سجلت في الذاكرة وظهرت من جديد عند تعرضها للتنبيه الكهربائي في المناطق المرتبطة بـ/ أو التي سجلت فيها الذواكر (Basbaum, 1996) .

ثالثا : محتوياته وأساليبه التفكير في المخطوطة الاستعرافية غير المتكيفة

من الممكن النظر إلى محتوى المخطوطة على أنه بناء هرمي يتمثل في وجود اعتقادات عميقة أساسية تنتج أفكارا أقل عمقا منها (Beck,1996) . والمخطوطة الاستعرافية السلبية (مصدر الأفكار) عبارة عن إحساس عميق بالدونية أو عدم الكفاءة أو العجز .

وينتج عن المخطوطة ما يسمى بالاعتقادات الأساسية (Core belief) حول النفس (أنا عديم الفائدة) ، (أنا شخص قاصر) وحول الناس (الناس خطرين) ، (سوف يلحق الآخرون بالأولين) ، وحول العالم (العالم مليء بمشاكل لا تطاق)

يلي ذلك الافتراضات غير المتكيفة وهي افتراضات قد لا تكون واضحة جدا ولكن في الغالب تستنتج من تصرفات الفرد ، وتأتي هذه الافتراضات على النحو التالي :

(إذا (لو)............ فسوف) . على سبيل المثال (لو عرفني الناس على حقيقتي فسوف يدركون مدى سخفي أو ضعفي) (Wills and Sanders, 1997; Greenberger and Padesky, 1995) . وهناك افتراضات مختلفة تناسب نوع الاضطراب النفسي المرتبط بها : *–إذا اختلفت مع الناس فسوف أقابل بالرفض (قلق اجتماعي) ومصدره الاعتقاد الأساسي (أنا شخص غير محبوب)* .

- إذا أحسست بأشياء يصعب فهمها فهذا يعني أنني سوف أصاب بمشكلة داخلية خطيرة (فزع) ومصدره الاعتقاد الأساسي (أنا شخص ضعيف جسميا ومعرض للأمراض) .

- إذا حاولت عمل أي شيء فمن المؤكد أنني سوف أفشل في ذلك (اكتئاب) ومصدره الاعتقاد الأساسي (أنا شخص عديم الفائدة) .

- إذا تعرضت (للشيء الذي يتصور المريض أنه يمثل مصدر خطر بالنسبة له) أو تعرض له شخص ذو علاقة بي فسوف تحدث أشياء مأسوية (وسواس قهري) ومصدره الاعتقاد الأساسي (أنا قابل للتعرض للإصابة بالمرض (أو التسمم) .

- إذا لم أقم بعمل شيء ما لمنع الضرر الذي سأتعرض له من هذه الأشياء المؤذية فإن اللوم يقع على (مسئول عما يحدث) (وسواس قهري) ومصدره الاعتقاد الأساسي (أنا مسئول عما يحدث إذا لم أمنع حدوث المأساة) .

وغالبا ما يكون لدى الأفراد قواعد تعويضية تهدف إلى إحداث التوازن في النظام الاستعرافي لديهم:

-إذا تجنبت الاحتكاك بالآخرين فلن أتعرض للرفض (قلق اجتماعي) .
-إذا ذهبت للمستشفى ، العيادة أو الطبيب .. فسأكون بخير (فزع) .
-إذا استطعت أن انجح في إنجاز ما أنا بصدد القيام به بشكل مستمر فلن أكون شخصا لا قيمة له (اكتئاب).
-إذا قمت بما يلزم منعت حدوث المأساة (وسواس قهري) .

ويتمخض عن القواعد التعويضية نصائح وتحذيرات مانعة مثل :

-أعمل بأقصى جهد ممكن .
-احذر المجازفة .

-ابق في الأماكن الآمنة .
-لابد أن أفعل كل ما أستطيع للحيلولة دون وقوع هذه المأسـلة (Beck, 1996) .

وهناك الأفكار التلقائية السلبية (Negative automatic thoughts) التي تعكس محتوى المخطوطة . وهي الافكار التي تقفز إلى الذهن بصورة مفاجئــة وتأتي على الأشكال التالية :
أ / كلمات (ما يقوله الفرد لنفسه) مثل؛ سوف أفصل من عملي أو ســوف أرسب في الامتحان .
ب/ صور عقلية : كأن يتصور الفرد نفسه في وضع آخر ، يرى نفســه بدون عمل أو دراسة يتسكع في الشوارع أو يرى نفسه وهو مصــاب بما يخاف من أن يصاب به .
جـ/ تذكريات : يتذكر أن مدرسه قد ضربه بالمسطرة على يده عندما كان في الصف الرابع الابتدائي مثــلا (Greenberger & Padesky, 1995) .
وكما ذكر في مكان آخر هذه المخطوطة غير المتكيفة والمتحيزة تعــالج المعلومات بشكل انتقائي ينسجم مع محتواها ومع أساليب التفكير غير الفعالــة التي تحكمها (أنظر فنية تحديد الأساليب الاستعرافية غير الفعالة فــي البــاب الثاني) لمزيد من التفصيل حول هذه الأساليب غير الفعالة في التفكير.

رابعا : ما الذي يرمي العلاج الاستعرافي السلوكي إلى إحداثه في تفكير المريض

تلقى طبيب نفسي مكالمة من أحد رجال الشرطة تفيد بأن أحــد مرضــاه (وحيد) يقف على حافة منحدر مرتفع جدا (جرف) مهددا بالقفز مــن فوقــه . فهرع الطبيب النفسي إلى المكان:

ذكر الطبيب وحيد بما قد يحدث لأمه إذا ما أقدم على الانتحار وكيف أنها ستعاني الأمرين من جراء ذلك . فرد وحيد مشيرا إلى أنه يعرف ذلك . ثم طلب منه الطبيب أن يفكر بما قد يحدثه سلوكه في أطفاله واحتمال إصابتهم بالرعب طيلة حياتهم . لكن وحيد يعرف ذلك أيضا . ماذا عن الشركة التي تستعد للاعلان عن اختراع لم يسبقها إليه أحد ! وماذا عن علاقته بزوجته – ألا يبدو أن الأمور في تحسن وأن هناك فرصة كبيرة في عودة الأمور إلى نصابها بينهما ! لكن كل ما قاله الطبيب النفسي كان عديم الأثر بالنسبة لوحيد . فغادر الطبيب المكان يائسا .

لكن وحيد لم يقفز من على حافة الجرف. فبينما كان الطبيب يغادر المكان حضر رجل شرطة آخر وأوقف سيارته دون علم بما يجري ، وأخذ مكبر الصوت وتكلم بصوت عال موجها كلامه للمتواجدين في الموقع :

من هذا الذي أوقف السيارة (الـ.........) بشكل خاطئ في منتصف الطريق ، كدت أن أرتطم بها. على صاحبها تحريكها الآن. سمع وحيد ما قيل ونزل من أعلى الجرف متوجها إلى سيارته وأوقفها في المكان الصحيح وركب في سيارة الشرطة دون أن ينطق بكلمة واحدة ، وانطلقت السيارة إلى المستشفى(Ornstein in: Teasdale, 1997) .

ومن وجهة نظر Ornstein فإن ما حدث هو أن عقلا(مخطوطة) آخر استطاع أن يزيح العقل ذو الميول الانتحارية وبطريقة تلقائية وحل محله . أولويات هذا العقل الجديد تختلف عن أولويات العقل الانتحاري والسلوك فيه يختلف بطبيعة الحال عن السلوك في العقل الآخر. قضية الانتحار في العقل السابق لا تزال قائمة بدون حل . في هذا العقل فكر وحيد في كل الاحتمالات والملابسات التي استطاع استدعائها ولم تثنه عن فكرة الانتحار .

ويستشف من ذلك (١) أن لدى الفرد، كما أشير إلى ذلك من قبل، عددا من الوضعيات و(٢) أنه من الممكن أن تستبدل وضعية بأخرى وفقا للمثيرات التي يتعرض لها الفرد. ولعل ما يحدث في حالة عودة الأعراض لبعض المرضى النفسيين بعد تخلصهم منها(الانتكاس) دليلا على انه من الممكن تكوين وضعية إيجابية إلى جانب وضعية سلبية تسيطر أحدهما على سلوك الفرد في وقت معين وتسيطر الأخرى على سلوكه في وقت آخر. وتعتمد

سيطرة الوضعية الإيجابية على الوضعية السلبية على مدى قـدرة الوضعيـة الإيجابية على توفير معلومات كافية لإبطال مفعول المعلومات التي تحتويـها الوضعية السلبية حول المثير الذي يسبب المشكلة(Brewin.1989).

ويهدف العلاج الاستعرافي السلوكي إلى تقوية أو تشكيل وضعيـة بديلـة تثار بنفس المثيرات التي تثير الوضعية غير الفعالة وتمنع ظهور الاسـتجابات السلبية التي كان المريض يظهرها عندما كانت الوضعية غير الفعالة هي التـي توجه سلوكه والى جعل هذه الوضعية الجديدة قادرة على الاستمرار في منـع ظهور الوضعية غير الفعالة في المستقبل. ويمكن تحقيق ذلك مـن خـلال (أ) استبدال الأفكار القديمة بأفكار جديدة تساعد المريض على إعطاء معاني مختلفة عن تلك التي كان يتوصل إليها في السابق لما يتعرض له من مثيرات ، علـى سبيل المثال النظر إلى النجاح كخبرة من الخبرات التي يتعرض لها الإنسـان خلال حياته وليس المقياس الوحيد الذي تقدر على ضوئه قيمـة الفـرد و(ب) تدريب المريض على استخدام المهارات التي تعلمها في العلاج في التعامل مـع الأفكار غير الفعالة عندما تظهر في المستقبل (Beck,1996).

خامسا : مستوى الاستعراف المستهدف في العلاج الاستعرافي السلوكي

يركز المعالج الاستعرافي السلوكي بصورة عامـة علـى التعـامل مـع أعراض الاضطراب النفسي الذي يعاني منه المريض أكثر من تركيزه علـى العوامل التي تعزي إليها هذه الأعراض .

وهكذا نجد أن المعالج يركز كثيرا على مساعدة المريض علـى تحديـد وتفحص الأفكار التلقائية وعلى تشجيعه على ممارسة استجابات سلوكية بديلـة لسلوكياته الحالية (قلة النشاط لدى المكتئـب مثـلا) . وقـد قـدر بلاكبـيرن وديفدسون(Blackburn &) Davidson,1995 أن حوالـي ثلاثـة أربـاع

التدخلات الاستعرافية السلوكية التقليدية تركز على الأعراض (الأفكار التلقائية والسلبية/الخمول في حالات الاكتئاب) ، ويركز الربع الباقي من هذه التدخلات على التعامل مع الأفكار الأساسية(أحيانا يسمى ذلك التعامل مع المخطوطة و هي مصدر كل الأفكار والاعتقادات في التراث الاستعرافي) وعلى الوقاية من الانتكاس . ويحدث ذلك بشكل مقصود على اعتبار، كما يرى بك ، أن شدة الاكتئاب تجعل المريض في وضع لا يسمح له في العمل العلاجي المتعمق (المخطوطة) . لذا من الأنسب تأجيل ذلك حتى تبدأ الأعراض بالاضمحلال .

ولكن من الممكن طبعا اعتبار التعامل من الأعراض مباشرة تعامل غير مباشر مع الأفكار الأساسية (المخطوطة) فتفحص المريض لفكرة (لن أستطيع عمل ذلك) وتشجيعه على القيام بشيء ما تضعف قوة اعتقاده (أنا شخص عاجز) . وتشير الملاحظات الإكلينيكية إلى أنه مع تقدم العلاج يبدأ معظم المرضى بالكشف عن بعض الحقائق حول خبراتهم السابقة كلما سنحت الفرصة . ويستطيع المعالج حينئذ طرح الأسئلة حول هذه الخبرات للتوصل إلى الأفكار الأساسية لدى المريض (ما هي في تصورك الاعتقادات أو القواعد التي تمخضت عن هذه الخبرات ؟) وفي الغالب يستطيع المرضى الكشف عن اعتقادات أساسية كانت خارجة عن نطاق وعيهم من قبل . وفي كثير من الأحيان يكون الكشف عن هذه الاعتقادات بالإضافة إلى التعامل مع الأعراض كافي لتحسن المريض .

في بعض الحالات، على كل حال ، قد لا يكون العلاج الاستعرافي السلوكي قصير المدى الذي يركز على الأعراض كافي لعلاج مشكلة المريض و عند حدوث ذلك يبدأ المعالج بالتركيز على المخطوطة (يتطلب ذلك زيادة عدد الجلسات) . وهناك عدد من المؤشرات التي من الممكن استخدامها كمؤشر على حاجة المريض للعلاج المتمركز حول المخطوطة منها :

١- وجود صدمة نفسية (trauma) ناتجة عن خبرات سابقة .

٢- عدم حدوث تحسن في حالة المريض .

٣- إذا طلب المريض علاج طويل المدى يركز على الخبرات السابقة (Wills and Sanders, 1997) . أنظر ما ذكر حول الفنيات التي تستخدم لاستبدال المخطوطة وحول اضطرابات الشخصية وعلاجها في هذا الكتاب للمزيد من التفصيل حول العلاج المتمركز حول المخطوطة .

سادساً : الأثر العكسي لمحاولة طرد الأفكار

يجد الكثير من الناس صعوبة في إيقاف التفكير في شيء ما وبالذات عندما يحاولون جاهدين التخلص من فكرة لا يروق لهم محتواها أما لأنها تثير لديهم انفعالات معينة أو لأنها تشجعهم على الإقدام على سلوك ينوون التخلص منه. فقد يشعر الفرد بالعجز والحيرة عندما يحاول مثلا عدم التفكير في فقدان شيء عزيز عليه أو في أنواع معينة من الطعام بعد أن يقرر اتباع حمية معينة.

ويعرف العاملون في العلاج النفسي مقدار الألم الذي يعاني منه المصابون بالوسواس القهري من جراء قسوة وإلحاح الأفكار التي تقتحم أذهانهم وتبقى فيها مما يسبب لهم الأسى والحسرة والشعور بصعوبة التحكم في العقل ويدفعهم في كثير من الأحيان إلى طلب المساعدة في التخلص من هذه الأفكار.

وقد طرحت بعض الطرق للتعامل مع هذه الأفكار التي تقتحم العقل وتستقر فيه ومن ذلك طريقة " إيقاف الأفكار " والتي يطلب فيها من المريض، بعد أن يتم توضيح الطريقة من قبل المعالج ، أن يقول لنفسه (قف) عندما تلج ذهنه أفكار غير مرغوبة. وقد أدت هذه الطريقة إلى نتائج إيجابية في البداية ولكن سرعان ما اكتشف أنها تتناقض مع الظاهرة الاستعرافية التالية(محاولة

التخلص من الفكرة تؤدي إلى زيادة تكرار ورودها) (رضوان، ١٩٩٥).

ويرى ويقنر Wegner ، في محاولته لتفسير هذه الظاهرة (محاولة التخلص من فكرة أو حالة نفسية معينة تؤدي إلى نتائج عكسية كما تبين من نتائج الدراسات المتعددة التي قام بها في هذا الخصوص)، أن نظام التحكم في العقل يعتمد على عمليتين : عملية تنفيذية operating process (سوف نسمى هذه العملية المنفذ) التي تعمل على إحداث التغيير المطلوب من خلال البحث في محتويات العقل عن ما يتطابق (consistent) مع الحالة المرغوبة فيها وعملية مراقبة monitoring process (وسوف نسمي هذه العملية المراقب) الذي تبحث في محتويات العقل عن ما لا ينسجم مع الحالة المرغوبة . فإذا كان الفرد، علي سبيل المثال، يحاول أن يكون سعيدا فان المنفذ يبحث في محتويات العقل عن ما يرتبط بالسعادة بينما يبحث المراقب عن أي مؤشر في العقل يتناقض مع تحقق ما يبحث عنه المراقب. ويتميز المنفذ بأنه يتطلب جهدا عقليا وبأنه يوجه شعوريا أما المراقب فيتطلب، في الغالب، جهدا عقليا أقل ويحدث بصورة تلقائية.

ويعتمد نجاح الفرد في محاولة التخلص من فكرة أو وضع معين لا يريده أو حدوث نقيضه ، بصورة أساسية، على السعة العقلية (Mental capacity) المتوفرة له أثناء المحاولة. فإذا حجمت هذه السعة لسبب أو لآخر(وجود عبء استعرافي) (Cognitive load) ، ضغوط نفسية أو ضيق في الوقت Time) (pressure فمن المحتمل أن يكون الفرد ليس فقط عاجزا عن إحداث التغيير المطلوب بل أن النتائج قد تكون عكسية(يحدث عكس ما كان يرغب فيه): حزن بدلا من الشعور بالسعادة، قلق بدلا من الاسترخاء،وكره بدلا من الحب . لان المنفذ يتأثر أكثر بالسعة العقلية بحكم أنه يتطلب جهدا ذهنيا اكثر.

وبالإضافة إلى دور السعة العقلية في نجاح أو فشل الفرد في التحكم في عقله فلنيته في إحداث التغيير دور في ذلك أيضا. يزداد احتمال الفشل وحدوث العكس إذا كان الفرد يحاول التخلص من أفكار أو وضع نفسي عام أكثر مما قد

يحدث إذا كان ينوي إيجاد وضع نفسي معين . أي أنه من المحتمل أن يشعر الفرد بشيء من الاسترخاء إذا كان يحاول أن يكون مسترخيا أكثر مما يحدث له إذا كان يحاول أن لا يكون قلقا. ويعزي ذلك إلى أن محاولة إيجاد الاسترخاء تتطلب أن يقوم المنفذ بالبحث عن أشياء مرتبطة بالاسترخاء بينما يقوم المراقب بالبحث عن ما هو مرتبط بالقلق وكذلك عما هو محايد. أما في حالة كون الفرد يحاول كبح حالة نفسية معينة فإن المنفذ يقوم بالبحث عن ما يتناقض مع الحالة المرغوبة وكذلك عن الأوضاع المحايدة بينما يقوم المراقب بالبحث عما هو مرتبط بالحالة التي يحاول الفرد كبحها. أي أن مهمة المنفذ عندما يحاول الفرد إيجاد وضع نفسي معين أسهل من مهمته عندما يحاول الفرد كبح وضع معين.

وهذه الظاهرة لا تحدث باستمرار للناس فهناك من يستطيع التخلص من أفكار معينة وتغيير أوضاعه النفسية وبالذات عندما لا يكونون تحت ضغوط عقلية أخرى أو لأنهم تعودوا على (وتعلموا) إحداث هذه التغييرات بصورة تلقائية نظرا لتكرار قيامهم بذلك (Wegner, 1994) .

وفي دراسات عديدة قام بها سالكوفسكيس Salkovskis ١٩٩٦ (انظر ما ذكر في الباب الثاني من هذا الكتاب حول الوساوس القهرية وعلاجها)على مرضى الوساوس القهرية تبين أن محاولة كبح الأفكار التي تقتحم ذهن مريض الوساوس القهرية تزيد من تكرار هذه الأفكار لديهم الأمر الذي جعله يستخدم طرق أخرى للتعامل مع هذه الظاهرة بصورة تساعد على تخلص المريض من أفكاره الوسواسية. سوف يتم التعرض لذلك في مواضع لاحقة من هذا الكتاب.

سابعا : ما وراء التفكير (التفكير حول التفكير)
Metacognition

في القرن الثامن عشر الميلادي استخدم الفيلسوف آدم سميث Adam Smith مصطلح المراقب المحايد (Impartial Spectator)، وشبهه بشخص

آخر داخل كل منا لديه القدرة على الوعي بمشاعرنا وأوضاعنا المختلفة . ومع شيء من التدريب نستطيع استخدام هذا المراقب المحايد لمراقبة سلوكياتنا عن بعد: نفترض أننا نحن ذلك المراقب الذي يرصد ما نقوم به ومن ثم تتكون لدينا القدرة على التحكم في السلوكيات غير المتكيفة بما في ذلك الاضطرابات النفسية (Schwartz,1996) . ما طرحه سميث آنذاك هو ما يقصد به الآن في التراث الاستعرافي السلوكي: مستوى أعلى من المعالجة الاستعرافية لديها القدرة على التفكير حول التفكير ومراقبة الأفكار وتغيير العمليات الاستعرافية (Nelson & Narens, In: Wells and Matthews,1994) . ومن الأمثلة التي من الممكن ملاحظتها بسهولة ، على وجود التفكير حول التفكير أن الشخص قد يتساءل، بعد أن قام بإقفال باب منزله، عما إذا كان قد قام بذلك فعلا فإذا ما ساوره الشك حول ذلك فقد يرجع للتأكد من أن الباب مقفول أم لا . وعندما يتعلم الطالب شيئا جديدا فمن المألوف أن يقوم بعملية فحص للمعلومات المكتسبة لكي يتأكد من درجة استيعابه لها . وعندما يحاول شخص ما استرجاع معلومة من الذاكرة فإن بإمكانه التأكد من كونها موجودة في الذاكرة أم لا وعما إذا كانت تستحق البحث عنها ، وعندما ينجح في استرجاع المعلومات التي يبحث عنها فبإمكانه معرفة ما إذا كانت هي المعلومات الصحيحة أم لا (Koriat, 1998) .

ويميل الكثير من الباحثين إلى الاعتقاد بأن التفكير حول التفكير (أو ما وراء التفكير كما يسميه بعض الباحثين) غير منفصل عن التفكير نفسه وأن ما يحدث في حالة التفكير حول التفكير هو عملية استعراف تطبق على مخرجاتها : معالجة محتويات الذاكرة العاملة (Lories, Dardenne & Yzerbyt, 1998) .

ويزخر التراث النفسي والتربوي في الوقت الحاضر بالكثير من الدراسات حول استخدام ما وراء التفكير لتسهيل عملية التعلم من خلال تدريب الطلاب على كيفية الوعي بالعمليات الاستعرافية ومحاولة ضبط الذات (Self-regulation) من خلال تزويد الطالب بأسئلة ترفع من مستوى وعيه

بالعمليات الاستعرافية التي يقوم بها لحل مشكلة ما ومحاولة الإجابة عن هذه الأسئلة . ومن الأمثلة على هذه الأسئلة: ما هي المشكلة ؟ ما الخطة لحل المشكلة ؟ هل أنا استخدم خطة معينة ؟ هل أحتاج لخطة أخرى ؟ ما الخطة الناجحة هنا ؟ وما هي الخطة التي لم تثبت جدواها؟ . وتشير البحوث في هذا المجال إلى أن قدرة الطلاب على حل المشكلات في حالة استخدام هذه الطريقة تفوق قدرتهم على حلها باتباع الطرق التقليدية(Kramrski & Mevarech,1997;McInerney, McInerney & Marsh,1997).

ويعتبر الاستعرافيون السلوكيين التفكير حول التفكير المستوى الأعلى من مستويات النظام الاستعرافي الذي يتولى عملية ضبط ما يحدث في المستويات الأخرى (Alford & Beck,1997). وتشتمل عملية الضبط هذه، على سبيل المثال، على التحول من الشعور بالانزعاج إلى التخيل أو تحويل الانتباه إلى شئ آخر(Gelder,1997).

ويرى بك أن عملية التفكير حول التفكير (اسماها نظام التحكم الشعوري) (The Conscious Control System) أداة تعمل على التغلب على نشاط الوضعيات الأولية. ويتصف هذا النظام بأنه مقصود، وأنه أيضا اقل اندفاعا في أهدافه وقيمه قياسا على ما يحدث في الوضعيات الأولية. ويشتمل نظام التحكم الشعوري على عمليات إجرائية مثل تطبيق المنطق في حل المشكلات والتخطيط بعيد المدى لما يتطلب ذلك في حياة الفرد. كما يقوم هذا النظام بالتعامل مع الأفكار التلقائية الصادرة من النظام الاستعرافي الأولي ويحول التركيز على الأفكار أو الذكريات غير السارة إلى أشياء أخرى ويمنع الاندفاعات غير المتكيفة أو يتجاهل الوجدانات السلبية.

ويستطيع الفرد من خلال التدخلات العلاجية إعادة صياغة المواقف المخيفة والنظر إليها كمواقف غير مهددة له . وهكذا فإن نظام التحكم هذا يلعب دورا أساسيا في تقويم مخرجات العمليات الاستعرافية الأولية (المخاوف التلقائية، انتقاد ولوم الذات وما يشابه ذلك من الاتجاهات السلبية) باستخدام أساليب تفكير مرنة ومتزنة .

<u>**وباختصار فإن هذا النظام يقوم بـ :**</u>

١- إبطال مفعول نشاط الوضعية التلقائي عندما يتضارب مع القيم والخطط الشعورية .
٢- يوفر تفسيرات بديلة للمواقف .
٣- يختبر مدى صحة الاستنتاجات والتوقعـــات التلقائية .
٤- يوفـــــــر الخطط ذات المدى البعيد ويغير الاستراتيجيات ويضــــع الأهــداف وهكذا فإن هذا النظــــــام يتعامل مع الوضعيات بشكل تنـــازلي (Top -down) (من الكـــــــل إلى الجزء) وبشكل تصـــاعدي(-Bottom up) (من الجزء إلى الكل) (Beck,1996).

الفصل الثالث: فعالية العلاج الاستعرافي السلوكي

في هذه المراجعة للتراث الخاص بفعالية العلاج الاســـتعرافي الســلوكي سوف يكون التركيز، قدر الاستطاعة، على الدراسات الجمعية إلى يقوم الباحث فيها بتحليل نتائج عدد كبير من الدراسات التي تدور حول موضـــوع معيـن واستخلاص نتيجة واحدة تلخص ما تم التوصل إليه في هذه الدراســات. وقــد كان من بين الدراسات المبكرة من هذا النوع حول فعالية العلاج الاســتعرافي السلوكي الدراسة التحليلية الجمعية (Meta-analysis) التي قــام بــها ملــر وبيرمان على ٤٨ دراسة من الدراسات التي تمثل المحاولات المبكرة للتــأكد من فعالية العلاج الاستعرافي السلوكي في علاج بعض الاضطرابات النفسـية وتبين لهما أن اثر العلاج الاستعرافي السلوكي الإيجابي يظاهي اثر التطميــن التدريجــي(Systematic desensitization)(Miller&Berman,1983) الذي يعتبر، بالإضافة إلى أنواع التعرض الأخــرى، مــن انجــح الأســاليب العلاجية النفسية في علاج المخاوف المرضية.

وكان العلاج الاستعرافي السلوكي قد نال شهرة واسعة في بداية اســتخدامه كعلاج مناسب للاكتئاب (Oei & Free,1995) . وتشير نتائج الكثـــير مــن البحوث في مجــال فعالية أنواع العلاج المختلفة في علاج الاكتئاب إلى صحة هذا الافتراض . ومن ذلك ما أظهرته دراسة تحليلية جمعية غطت ٢٨ دراســة هدفت إلى التعرف على مدى فعالية العلاج الاستعرافي في علاج الاكتئـــاب . وقد روعي في هذه الدراسات (التي اشتملت عليها الدراسة) ما يلي:

أ /استخدام دليل استخدام العلاج الاستعرافي المعد من قبل بك وزملائه أو أنه من الواضح أن إجراءات العلاج مبنية على طريقة بك في عــلاج الاكتئاب .

ب /أن يكون الهدف الأساسي للدراسة هو علاج الاكتئاب .

جـ/أن يستخدم مقياس بك للاكتئاب لتقييم نتائج العلاج .

وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن التغيّرات التي أحدثها العــلاج الاســتعرافي

السلوكي تفوق ما حدث لدى العينات الضابطة ، الذين تلقوا علاجـاً دوائيـاً ، وأولئك الذين تلقوا علاجاً سلوكياً ، بالإضافة إلى المرضى الذين تلقوا أنـواع علاجية أخرى (Dobson, 1989) .

وفي دراسة تحليلية جمعية أخرى اشتملت على ٢٩ دراسة تمـت مقارنـة فعالية العلاج النفسي بفاعلية العلاج الدوائي في علاج نوبات الفزع ، وأظهرت نتائج الدراسة أن العلاج الاستعرافي السلوكي المكون من : التدريـب علـى الاسترخاء إعادة البناء الاستعرافي والتعرض أكـثر فعاليـة مـن مضـادات الاكتئاب (High potency; benzodiazepines) (Clum,Clum & Surls, 1993). وفي دراسة هدفت إلى مقارنة فعالية العلاج الاسـتعرافي السـلوكي بفعالية السلوكي في علاج القلق العام أشارت النتـائج إلـى أن أثـر العـلاج الاستعرافي السلوكي في علاج القلق العام يفوق أثر العلاج السـلوكي(Butler et al, 1991) . وقـام Chambless & Gills باسـتعراض عـدد مـن الدراسات حول القلق العام، الفزع والخوف من الأماكن المفتوحة ، والخـوف الاجتماعي وتوصل إلى أن أثر العلاج الاستعرافي السلوكي يسـاوي وأحيانـاً يفوق أثر العلاج السلوكي في علاج هـذه الاضطرابـات (Chambless & Gills, 1993) .

وتشير العديد من البحوث إلى أن العلاج الاستعرافي السـلوكي أسـلوب فعال في علاج اضطراب الوساوس القهرية سواء كانت المشكلة أفعالا قسـرية أو فكارا تقتحم ذهن المريض . وقد كان التعامل مع الأفكار الوسواسـية مـن الظواهر التي يجد المعالجون صعوبة في التعامل معـها باسـتخدام الطـرق العلاجية النفسية الأخرى (Mark et al, 1997) .

وفي مجال العلاج النفسي لاضطرابات الأكل اصبح من المألوف، بناء على نتائج الدراسات في هذا المجال ، لدى المهتمين بعـلاج هـذه الاضطرابـات، الاستعانة بالعلاج الاستعرافي السلـوكي وتفضيلـه فـي الكثير من الحالات على غـيره مـن أنـواع العـلاج المتـوفرة للتعـامل مع أنـواع محددة من اضطرابات الأكل مثل الشره العصبي

(Bulimia Nervosa) والأكل بشراهة (Binge eating) لدى الذين يعانون من السمنة (Willson & Fairburn, 1993).

ومن بين الدراسات المؤيدة لهذا الافتراض الدراسة التي قام بها أقراس وزملاؤه على ٧٧ امرأة يعانين من الشره العصبي بهدف مقارنة فعالية العلاج الاستعرافي السلوكي بفعالية المراقبة الذاتية لعدد السعرات الحرارية واستخدام المسهلات، وفعالية العلاج الاستعرافي السلوكي مع أسلوب منع الاستجابة (Respons prevention) للاستفراغ وقد أظهرت نتائج الدراسة تفوق أثر العلاج الاستعرافي السلوكي في علاج هذا الاضطراب على أثر الطريقتين الأخريتين (Agras, Schneider, Arnow, Raeburn, & Telch, 1989).

وفي دراسة أخرى على ٢٣ امرأة يعانين من الشره العصبي قام الباحثون بلفت انتباه عينة الدراسة إلى أن الآكل بشراهة يتطور نتيجة للمحاولات المتكررة لتطبيق الحمية الصارمة. وتم تدريب العينة على المراقبة الذاتية لكميات الأكل التي يتناولنها والأنماط المتبعة في تناول الطعام ونوبات الآكل بشراهة والأفكار والحالة الوجدانية قبل وبعد نوبات الآكل بشراهة بالإضافة إلى الظروف والسياق المرتبط بالأكل. ولكن لم يطلب من العينة القيام بالمراقبة الذاتية للوزن ، وكان العلاج يتركز بصورة أساسية على سجلات المراقبة الذاتية لأفراد العينة. واستمر العلاج عشرة أسابيع بمعدل ٩٠ دقيقة كل أسبوع، وأظهرت النتائج أن ٧٩ % من النساء اللاتي تلقين العلاج الاستعرافي السلوكي قد توقفن عن الآكل بشراهة بينما لم يتوقف أي من أفراد العينة الضابطة عن ذلك (Telch,1990) .

وهناك ما يشير إلى أن العلاج الاستعرافي السلوكي علاج فعال في علاج آلام الرأس (صداع التوتر Tension headache) المتكررة. فقد تبين في دراسة هدفت إلى مقارنة فعالية العلاج الاستعرافي السلوكي بفعالية العلاج الدوائي (Amitriptyline) في علاج آلام الرأس المتكررة أن عدد الأيام التي خلت من آلام الرأس قد تضاعف ثلاث مرات لدى الذين تلقوا العلاج

الاستعرافي السلوكي بينما تضاعف عدد الأيام الخالية من آلام الرأس لدى الذين تلقوا العلاج الدوائي مرتين فقط. كما لوحظ انخفاض الشكاوي الجسمية (Somatic) وارتفاع درجة الإحساس بالتحكم الشخصي في نوبات آلام الرأس لدى المرضى الذين تلقوا العلاج الاستعرافي السلوكي (Cordingley & Jerome, 1991) .

وبالإضافة إلى ذلك تشير الدراسات الحديثة حول اثر العلاج الاستعرافي السلوكي في علاج الاضطرابات النفسية إلى فعالية هذا النوع من العلاج مع مشكلة الاعتماد على المخدرات (Beck, Wright, Newman & Liese 1993) .

وحديثاً بدأت محاولات جادة للاستفادة من العلاج الاستعرافي السلوكي في مساعدة الذين يعانون من الاضطرابات الفصامية. ومع أن التعرف على مدى الاستفادة من العلاج الاستعرافي السلوكي في مثل هذه الحالات يحتاج إلى المزيد من الدراسات والجهد، يرى يونق وبنتول أنه تبعاً لما هو متوفر من أساس نظري وخبرات إكلينيكية في مجال العلاج الاستعرافي السلوكي ، من الممكن استخدام أسلوب تفحص الاعتقادات المستخدم في العلاج الاستعرافي السلوكي مع العديد من الاضطرابات النفسية مع الذين يعانون من الهذاءات مشيرين إلى أن استخدام هذا الأسلوب بشكل مدروس ومتدرج قد يخفف من درجة تمسك هؤلاء المرضى بما لديهم من اعتقادات (Young, Bentall,1995) . وفي أحد الكتب الحديثة حول هذا الموضوع طرح كينقدون وتيركينقتون العديد من الفنيات الاستعرافية السلوكية للتعامل مع الأعراض التي تظهر لدى مرضى الفصام التي يبدو أنها مفيدة في تخفيف حدة هذه الأعراض ولعل من أهمها التطبيع (Normalizing) أو جعل الشيء (الأعراض في هذه الحالة) يبدو طبيعياً من خلال نزع صفة الغرابة والخطورة والسيطرة عنه . ويعتبر الكاتبان فنية التطبيع عنصراً هاماً في الطريقة العلاجية المبنية على العلاج الاستعرافي السلوكي حيث أنها تزيد من فعالية الفنيات الأخرى المستخدمة في العلاج (Kingdon &

Turkington,1994)

وكما هو الحال مع الكبار تشير نتائج العديد من الدراسات إلى فعالية العلاج الاستعرافي السلوكي في التعامل مع المشكلات الاجتماعية والنفسية للأطفال والمراهقين.

ففي دراسة على ١١٢ طفلاً (٧ – ١٣ سنة) من المحولين للعلاج النفسي لإظهارهم سلوكيات مضادة للمجتمع (Antisocial) تمت مقارنة فعالية العلاج الاستعرافي السلوكي بفعالية العلاج المتمركز حول الشخص وأظهرت النتائج أن درجة انخفاض السلوكيات المضادة للمجتمع والمشكلات السلوكية بشكل عام لدى الذين تلقوا العلاج الاستعرافي السلوكي أكبر مما حدث لدى الذين تلقوا العلاج المتمركز حول الشخص (Kazdin et al,1989). وفي دراسة حول أثر العلاج الاستعرافي السلوكي في تخفيف أثر الضغوط النفسية على المراهقين تم تدريب مجموعة من المراهقين على مراقبة وتحديد الأفكار التي تثير الضغوط، إيجاد أفكار بديلة أكثر تكيفاً من الأفكار الأصلية، التعليمات الذاتية للتحكم في الأفكار التي تولد الضغوط النفسية والتدريب على المهارات المكتسبة خلال فترة العلاج وبينت النتائج انخفاض مستوى القلق والغضب لدى المراهقين الذين تلقوا العلاج مقارنة بالعينة الضابطة (Hains & Szyjakowski,1990).

وقام جيسون وزملاؤه بدراسة على عدد من المراهقين الذين يعانون من الاضطراب الاكتئابي الأساسي (Major depressive disorder) بهدف التعرف على فعالية العلاج الاستعرافي السلوكي في علاج الاكتئاب لدى المراهقين . وتبين من نتائج الدراسة أن أعراض الاكتئاب قد خفت لدى ٦٠% من أفراد العينة بعد الانتهاء من العلاج (Jason et al,1998).

وبصورة عامة يمكن القول ، بناء على نتائج الدراسات حول فعالية العلاج الاستعرافي السلوكي في التعامل مع مشكلات الأطفال والمراهقين رغم قلتها ، أن درجة فعالية العلاج الاستعرافي السلوكي في علاج هذه المشكلات تعتمد على نوع المشكلة، فالنتائج مشجعة بالنسبة للعدوان والقلق والاكتئاب وأقل من

ذلك مع اضطرابات النشاط المفرط وعجز الانتباه.(Kendall,1993). ونظـرا لان العلاج الاستعرافي السلوكي مع الأطفال والمراهقين لم يلق نفس الاهتمـام الذي أولاه الباحثون له مع الكبار، وعلى الرغم من أن نتائج الدراسات حـول فعاليته مع الأطفال والمراهقين مشجعة حتى الآن، فأنه من السـابق لأوانـه إصدار الأحكام حول مدى ملاءمته لعلاج مشكلات الأطفال قبل توفـر عـدد كافي من الدراسات في هذا المجال .

ومن ناحية أخرى يكاد يكون هناك شـبه إجمـاع علـى تميز العـلاج الاستعرافي السلوكي على غيره من أنواع العلاج بالقدرة على منع الانتكاس أو تأجيل حدوثه إلى فترات أطول بعد تلقي العلاج . بالإضافة إلى دور هذا النوع من العلاج في الوقاية من تطور المشكلات الاجتماعية النفسية .

أ / منع الانتكاس :

في العلاج الاستعرافي السلوكي يتم تدريب المريض علـى التعـامل مـع الأفكار المرتبطة بالمشكلة الحالية له وكذلك تدريبه على التعامل مع مـا قـد يستجد من أفكار في المستقبل مما يجعله قادرا على التعامل مع هذه الأفكـار التي قد تنشأ لديه مستقبلا نتيجة لعوامل داخلية أو خارجية ، وفي هـذا يقـول أليس: العلاج الاستعرافي السلوكي يحـدث تغيـيرات اسـتعرافية ، انفعاليـة وسلوكية تجعل الفرد أقل اضطرابا في الوقت الحاضر وأقل قابلية للاضطراب في المستقبل (Ellis, 1996) . وتشير نتائج الدراسات حول فعاليـة العـلاج الاستعرافي وبالذات مع الاكتئاب إلى أن أثر هذا النوع من العلاج ، مقارنـة بالعلاج الدوائي وأنواع العلاج النفسي الأخرى ، يمتد إلى شهور أو سـنوات بعد تحسن حالة المريض (Burn & Nolen- Hoeksema,1991; Hollan, 1993) .

وبالإضافة إلى تميز العلاج الاستعرافي السلوكي بمنع أو تأجيل الانتكـاس لدى مرضى الاكتئاب تشير دراسة على عدد من البحوث فـي القلـق العـام واضطرابات الفزع والخوف الاجتماعي أن قدرة العلاج الاستعرافي السـلوكي

على منع الانتكاس بالنسبة للاكتئاب تنطبق أيضاً على اضطرابات القلق العام والفزع والخواف الاجتماعي (Chambless & Gills,1993) . ومن الممكن عزو هذا التميز للعلاج الاستعرافي السلوكي مقارنة بأنواع العلاج الأخرى ، إلى أن العلاج الاستعرافي السلوكي يحدث تغييرات في البناء الاستعرافي للمريض (Whisman, 1991) .

ب/ الوقاية من تطور المشكلات الاجتماعية والنفسية :

يرى بعض الباحثين أنه من الممكن استخدام العلاج الاستعرافي السلوكي مع الأفراد الأكثر عرضة للاكتئاب لمنع ظهور هذا الاضطراب لديهم (Hollon,1993)، وهناك ما يشير إلى قدرة العلاج الاستعرافي السلوكي على القيام بهذا الدور الوقائي مع العديد من الاضطرابات النفسية .

ففي دراسة على ١٠ نساء تعرضن لحوادث غير سارة وظهرت عليهن أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، ولكنهن لم يشخصن كمريضات اضطراب ما بعد الصدمة نظراً لأن التشخيص بهذا الاضطراب يتطلب استمرار الأعراض لمدة شهر على الأقل وهو ما لا ينطبق إلا على حالة واحدة من أفراد العينة، بهدف منع تطور الأعراض إلى اضطراب ما بعد الصدمة المزمن (Chronic posttraumatic Stress disorder) باستخدام برنامج استعرافي سلوكي اشتمل على :

١- معلمات عن مدمد الفعل المعتادة التي تعقب الخمدة غعد السامة .
٢- تدريب على التنفس السليم والاسترخاء .
٣- التعرض مرة أخرى للخبرة غير السارة عن طريق التخيل .
٤- التعرض المباشر لما تخافه المريضة (تم إعداد قائمة بالأشخاص والمواقف التي تخشاها كل واحدة من أفراد العينة وطلب منهن مجابهة هؤلاء الناس والمواقف مع مراعاة عدم وجود احتمال لتعرض المريضة للخطر) كواجبات منزلية .
٥- إعادة البناء الاستعرافي لأفراد العينة.

وقد تبين بعد مرور شهرين من حدوث الخبرة غير السارة أن ١٠% من أفراد العينة التجريبية مقابل ٧٠% من أفراد المجموعة الضابطة ينطبق عليهم تشخيص الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية(DSM) لاضطرابات ما بعد الصدمة
.(Foa, Hearst-Ikeda & perry, 1995)

وفي دراسة اشتملت على ٤٤٦٦ طالباً في مدارس ولاية نيويورك تم تقديم برنامج استعرافي سلوكي يهدف إلى وقاية الطلاب من تعاطي المخدرات وأظهرت نتائج الدراسة فعالية البرنامج الاستعرافي السلوكي الوقائي في منع الطلاب من التورط في استخدام المخدرات بشكل أكبر مما حدث لدى العينة الضابطة (Botvin,1990) .

ويرى أليس أن الحل الناجع للاضطرابات النفسية يكمن في الوقاية منها. والعلاج الاستعرافي السلوكي ملائم أكثر من غيره من أنواع العلاج النفسي للبرامج الوقائية التي من الممكن تقديمها في المنازل ، المدارس ، أماكن العمل ومن خلال وسائل الإعلام للأطفال وللمراهقين وللكبار بهدف تعليم الناس أساسيات العلاج الاستعرافي السلوكي وبالتالي جعلهم أكثر قدرة على مجابهة صعوبات الحياة وأقل عرضة للاضطرابات النفسية (Ellis,1996) .

وهناك ما يشير إلى أن العلاج الاستعرافي السلوكي قابل للتطبيق على قطاعات مختلفة من الناس.وفي ثقافات مختلفة. ففعالية العلاج الاستعرافي السلوكي غير مرتبطة بنوع العلاج الذي يفضله المتعالج أو بالثقافة النفسية له (تثقيف المريض حول النموذج الاستعرافي السلوكي للاضطرابات النفسية جزء من العلاج (Hardy et al, 1995). وجد في دراسة حول أثر جنس المريض في فعالية العلاج الاستعرافي السلوكي في علاج الاكتئاب الأساسي أن احتمال استفادة الذكور من العلاج الاستعرافي السلوكي مشابهة لاحتمال استفادة الإناث (Thase,1994) . كم أن العلاج الاستعرافي السلوكي علاج قابل للتطبيق في المجتمعات المختلفة لأنه على الرغم من أن له قواعد محددة يعامل كل مريض كحالة فريدة لها خصائص نفسية خاصة بها . وعلى الرغم من استخدامه

المحدود في العالم العربي ، يرى الجلبي واليحيا بأن العلاج الاستعرافي السلوكي هو العلاج الأنسب للتعامل مع المشكلات النفسية في المجتمع العربي (الجلبي واليحيا ، ١٤١٦هـ) .

الفصل الرابع : الانتقادات الموجهة للنظرية والعلاج الاستعرافي السلوكي

وجه عدد من البنيويين (Constructivist) (حركة ظهرت في العلاج الاستعرافي السلوكي في السبعينيات والثمانينيات الميلادية ,Mahoney 1993) عدد من الانتقادات للعلاج الاستعرافي السلوكي السائد ، أو التقليدي الموضوعي (Objectivist) كما أسماه بعض البنيويين (ويقصد به أسلوب أليس وبك ومكينبوم ومن يستخدم طرقهم العلاجية) . وفي ذلك يقول نيمير Neimeyer أن هناك فروقا جوهرية بين الاتجاه الموضوعي والاتجاه البنيوي في التقويم وفي العلاج . فالاتجاه التقليدي يركز على العبارات الذاتية المعزولة (أفكار تلقائية (عند بك) أو اعتقادات لا عقلانية (عند أليس))، التي تظهر لدى المريض عندما يتعرض للضغوط النفسية ، ويركز العلاج على تصحيح هذه الأفكار والاعتقادات غير الواقعية التي تؤدي إلى الضيق الانفعالي بأسلوب توجيهي مباشر. أي أن العلاج التقليدي يركز على إحداث تغييرات سطحية (Neimeyer,1993) . ويحصر البنيويين الفروض الأساسية للعلاج التقليدي بصورة عامة في: أن اللاعقلانية هي مصدر الاضطرابات النفسية؛ أن التفكير المنطقي يعيد التوازن النفسي للمريض وأن الهدف الرئيسي للعلاج هو استبدال أنماط التفكير غير العقلانية بأنماط تفكير عقلانية تنسجم مع الواقع (Mahoney,1993) . وفي المقابل يتميز المنحى العلاجي الاستعرافي البنيوي بـ :

١- الافتراض بأن الصور العقلية من صنع الإنسان نفسه

(Howard,1991) .

٢- محاولة إحداث تغييرات شاملة في منظومة اعتقادات المريض مع تفحص أبعاد نمو الاضطراب النفسي لدى المريض وعلاقاته في مرحلة الطفولة التي ساهمت في تكوين فكرته عن نفسه وعن العالم .

٣- الاهتمام بالمعنى الشخصي الذي يعطيه المريض لما يدور حوله وليس بمدى عقلانية أفكاره .

٤- النظر إلى الانفعالات كمؤشر على محاولة المريض تشكيل معنى لخبراته. وتبعا لذلك تكون تدخلات المعالج الاستعرافي البنيوي موسعة ، تأملية (Reflective) وتركز على الجانب الشخصي للمريض وليست إقناعية وتقنية كما هو الحال في العلاج الاستعرافي السلوكي التقليدي (Neimeyer,1993) .

كما يرى بعض البنيويين أن هناك إشكالية في تحديد ما هو "عقلاني" على اعتبار أنه من الصعب إيجاد تعريف دقيق وثابت وفقا للمعايير العلمية لما يمكن اعتباره عقلانيا. فما هو عقلاني عند مجتمع ما قد لا يكون كذلك بعد شهر ، عام أو قرن من الزمان . وحتى إذا افترض أن سلوكا معينا يعتبر سلوكا عقلانيا تبعا لإجماع من يعنيهم هذا السلوك على عقلانيته فإن عدم التمسك به لا يعني بالضرورة سوء التكيف لدى الفرد ، بل أحيانا يكون السلوك الذي يعتبر لا عقلاني مفيد للإنسان (Haaga & Davison,1993; Neimeyer,1993) .

ومن الانتقادات التي توجه للمعالجين الاستعرافيين السلوكيين أنه من المحتمل أن يتأثر المريض بمركز المعالج ويقبل بوجهة نظره حتى لو كان لا يفهمها أو غير مقتنع بها (الجلبي والبحيا ، ١٤١٦هـ ;Corey,1986) .
ويضاف إلى ذلك الملاحظات التي أوردها يونق Young حول فعالية العلاج الاستعرافي السلوكي في التعامل اضطرابات الشخصية. يرى يونق أن نجاح العلاج الاستعرافي السلوكي (طريقة بك التقليدية) يتطلب:

١- قدرة المريض على تحديد مشاعره وأفكاره .

٢- أن يكون لدى المريض مشكلات حياتيه معروفة يمكن التركيز عليها .
٣- أن يكون لدى المريض الدافعية والقدرة على القيام بالواجبات المنزلية .
٤- أن يكون لدى المريض القدرة على الدخول في علاقة تعاونية (Collaborative relationship) مع المعالج.
٥- مرونة النظام الاستعرافي لدى المريض بما فيه الكفاية لإحداث تغييرات فيه باستخدام الفنيات الاستعرافية السلوكية المتعارف عليها . ويضيف يونق أن الذين يعانون من اضطرابات الشخصية لا تنطبق عليهم بعض، وأحيانا ، كل هذه الشروط .

وللتعامل مع مثل هذه الحالات يقترح يونق استخدام ما اسماه بالعلاج المتمركز حول المخطوطة(Schema-focused therapy). وطريقة يونق هذه كما هو الحال بالنسبة للعلاج الاستعرافي البنيوي لم تطرح كبديل للعلاج الاستعرافي السلوكي المعتاد بقدر ما هي دعوة لإجراء بعض التعديلات عليه وإضافة بعض الفنيات له . في العلاج التمركز حول المخطوطة يتم دمج فنيات استعرافية ، سلوكية، خبرويه (Experiential) وبينشخصية (Interpersonal) . تهدف الفنيات الخبروية إلى استثارة انفعالات المريض خلال محاولة إحداث تغييرات في أفكاره مثل (الفنيات التخيلية Imagery والحوار المتعلق بالمخطوطة) وتركز الفنيات البينشخصية على علاقة المريض مع الأخرين . كما يركز العلاج المتمركز حول المخطوطة على خبرات الطفولة المبكرة أكثر مما يحدث في العلاج الاستعرافي السلوكي؛ يحدد المخطوطة من خلال المعلومات التي يتم الحصول عليها حول مشكلة المريض وتاريخ حياته واستخدام استبيان المخطوطة ليونق ، وينشطها في الجلسات العلاجية. كما أن هذا النوع من العلاج يستخدم الاكتشاف الموجه بشكل أقل مما هو في العلاج الاستعرافي السلوكي . أما فيما يتعلق بمدة العلاج ففي الغالب تكون أطول في العلاج المتمركز حول المخطوطة (Young, 1996) . (انظر الجزء الخاص بالفنيات التي تستخدم لاستبدال المخطوطة وكذلك الجزء الخاص بعلاج اضطرابات الشخصية في هذا

الكتاب).

ويضاف إلى هذه الانتقادات الملاحظات التي طرحها بعض المشتغلون في العلوم الاستعرافية حول علاقة الاستعراف بالانفعالات. لقد كان الافتراض الأساسي للنظرية الاستعرافية وبالذات في بداية ظهورها هو أن " الاعتقادات تسبق الانفعالات " . و يتمثل هذا الانتقاد في أن هناك ما يشير إلى انه من الممكن أن يكون العكس هو الصحيح: الحالة الانفعالية تساهم في ظهور الاعتقادات السلبية (Teasdale & Barnard, 1993).

ومن الممكن حصر الانتقادات الموجهة للعلاج الاستعرافي السلوكي في النقاط التالية التي يرى بعض الباحثين أن العلاج الاستعرافي تجاهلها أو قلل من أهميتها :

١- العقل البشري صانع معاني وليس مجرد انعكاس لما يحدث من حوله. فالعقل يكوّن واقع ويشكل نماذج للعالم خاصة به .
٢- صعوبة تعريف الأفكار العقلانية .
٣- التكيف لا يعني بالضرورة عدم وجود أفكار غير عقلانية .
٤- تأثر المريض بالمعالج وقبول ما يقوله ظاهرياً أو قبول المريض لما يقوله المعالج دون أن يفهمه .
٥- العلاج الاستعرافي السلوكي في حاجة إلى إجراء تعديلات وإضافة فنيات جديدة لكي يصبح قادراً على التعامل مع اضطرابات الشخصية .
٦- العلاقة بين الاعتقادات والانفعالات غير واضحة.

وسوف تتم مناقشة هذه النقاط في الصفحات التالية :

١- الإنسان يكون واقع خاص به :

يسلم المعالجون الاستعرافيون السلوكيون بصورة عامة بأنه على الرغم من الاكتشافات المبهرة التي حققها الإنسان بما في ذلك أجهزة الكمبيوتر العملاقة التي تستطيع القيام بعمليات بالغة التعقيد في ثوان معدودة يظل العقل

البشري هو النظام الجبار الذي تصعب مجاراته. ولعل من بين العمليات التي تميز العقل البشري عن أعقد أجهزة الكمبيوتر مثلاً أنه من الصعب التنبؤ بمخرجاته بناء على المعلومات التي تدخل فيه . فالعقل البشري يتلقى المعلومات ويعيد صياغتها بغير أشكالها ويخلق أشكال جديدة. وهذه الأشكال الجديدة التي يقوم بحبكها العقل تؤثر في سلوكيات الفرد المستقبلية (Stroud,1994)، وإذا ما أضيف إلى ذلك التعقيد الواضح في البيئة المحيطة بالإنسان الذي يجعل الانتباه لكل ما يدور من حوله أمر بالغ الصعوبة أصبحت عملية التنبؤ بالسلوك البشري في موقف ما أمر لا يخلو من المجازفة. والمعالج الاستعرافي السلوكي يدرك ويسلم بذلك ويتعامل مع مشكلات المريض كمشكلات تختلف عن ما لدى غيره من الناس على اعتبار أن ما يراه شخص ما في وضع معين يختلف عن ما يراه شخص آخر وان نظرة الشخص نفسه لسياق بيني معين يختلف من لحظة إلى أخرى (Lazarus,1991) .

أما فيما يتعلق بوجهة نظر النظرية الاستعرافية السلوكية حول الواقعية فيسلم كل من أليس ومكينبوم وقبل ذلك بك بقدرة الفرد على بناء واقع وتكوين تصورات خاصة به عن العالم ، قد يعتبرها غير ذلك في مجتمع ، أو وقت أو ظروف أخرى. في النظرية الاستعرافية ، الطريقة التي يدرك بها الفرد الموقف (المعنى الذي يعطيه للموقف) يحدد مشاعره وسلوكه . لكن وجهة النظر الاستعرافية على كل حال أقرب إلى رأي البنيويون المعتدلون الذين لا ينكرون وجود عالم حقيقي منها إلى البنيويين المتطرفين الذين يرون أن ليس هناك واقع عدى الخبرات الشخصية .

وتبعاً لذلك يرى المعالجون الاستعرافيون السلوكيون أن الفرد الذي يعاني من اضطراب نفسي يكون بنيوي تماماً لأنه يرى الأمور بمنظار شخصي لا ينسجم مع الواقع أما عندما يكون الفرد في حالاته العادية فإنه يكون بنيوي وتجريبي واقعي (Empirical/Realist) . فقد يفسر الفرد العادي الألم الذي في صدره، مدفوعاً بما تمليه عليه المخطوطة المسيطرة على أفكاره، على أنه أعراض نوبة قلبية مباشرة بعد إحساسه بالألم ولكنه سرعان ما يستبعد هذا

الافتراض (تفكير حول التفكير) بعد أن يتأمل فيه .

ودور المعالج الاستعرافي السلوكي مع المريض هو مساعدته على الحصول على المزيد من المعلومات وإيجاد تفسيرات بديلة للموقف . أو بمعنى آخر تحريره من سيطرة الوضعية غير الفعالة (Alford & Beck,1997) .

٢- صعوبة تحديد ما هو المقصود بعقلاني وغير عقلاني :

يدرك العاملون في العلاج الاستعرافي السلوكي أنه من الصعب تحديد ما هو عقلاني أو موضوعي (Watts,1992) وما هو غير عقلاني كشيء ثابت في كل الظروف لذا لم يزعم أي منهم أن لديه تعريف محدد لذلك (يستثني من ذلك ما يتعلق بالدين بالنسبة للمعالج المسلم).

ومن المتعارف عليه بين المعالجين الاستعرافيين السلوكيين أن ما يقصد بعقلاني هو أن تكون الأفكار قابلة للتنفيذ، فعالة، وعملية وليس بالضرورة موضوعية أو عقلانية (Ellis 1996; Haaga & Davison,1993) . المعالج الاستعرافي السلوكي لا يحدد للمريض ما هو المعقول وما هو غير المعقول ولكن عندما يختار المريض هدف معين ، يكون عندئذ من المعقول بالنسبة للمريض أن يفكر ويتصرف بطرق تساعده على تحقيق هذا الهدف ويكون عندئذ من غير المعقول بالنسبة للمريض أن يتصرف بطرق تحول دون تحقيقه لهذا الهدف الذي اختاره (Burks & Steffre,1979) . والمعالج الاستعرافي السلوكي يساعد المريض في تحقيق أهدافه(المريض) الإيجابية.

٣- التكيف لا يعني بالضرورة عدم وجود أفكار غير عقلانية:

يسلم العاملون في العلاج الاستعرافي السلوكي أن وجود أفكار غير عقلانية لدى الفرد لا يعني أنه شخص لديه مشكلات نفسية . فلدى الكثير من الناس الذين يتمتعون بالصحة العقلية بعض الأفكار الوهمية المعتدلة ، فالأفكار

التي تعزز الذات قد تكون عاملا إيجابيا بالنسبة لقدرة الفرد على التكيف (Epsteing,1994) حتى لو لم تكن دقيقة ١٠٠% . والقول المأثور (أعمل لدنياك كأنك تعيش أبدا وأعمل لآخرتك كأنك تموت غدا) له أثر إيجابي على الذين يتمسكون به . كما أن ردود الفعل المبالغ فيها ليست دائما غير فعالة ، فالخوف المبالغ فيه قد ينقذ حياة الفرد أحيانا (Beck,1996) .

٤- تأثر المريض بالمعالج وقبول ما يقوله ظاهريا أو قبوله لما يقوله المعالج دون أن يفهمه :

عند الحديث عن احتمال تأثر المريض بالمعالج واختلال العلاقة العلاجية الذي قد ينتج عنه قيام المريض بإعطاء استجابات إيجابية كاذبة كأن يشير إلى أنه لم يعد مثلا يتمسك بفكرة معينة كما كان في السابق فلابد من الإشارة إلى أن احتمال حدوث ذلك يعتمد على نوع الطريقة العلاجية الاستعرافية السلوكية المتبعة . وكما ذكر في مواضع أخرى من هذا الكتاب فإن طريقة أليس أكثر مباشرة من طريقة بك لذا فإن احتمال تأثر المريض بما يقوله المعالج أكبر مما هو في طريقة بك .

والإشارة إلى أن احتمال حدوث ذلك أكبر عند استخدام طريقة أليس لا تعنى أن احتمال حدوثها كبيرا في هذه الطريقة. حيث يقوم بعض المعالجون الذين يستخدمون طريقة أليس في بداية العلاج،حرصا منهم على تفادى حدوث ذلك ، بشرح النموذج الاستعرافي السلوكي للمريض وبناء الألفة والتأكيد على الطبيعة التعاونية للعلاج وعلى أن قيام هذا النوع من العلاقة بين المعالج والمريض أمر ضروري لحدوث التحسن (Corey,1986) كما أن أليس يؤكد على ضرورة احترام المعالج لرغبات وقيم وأخلاقيات المريض (Burks & Steffire, 1997) مما قد يشجع المريض على التعبير الصادق عن مشاعره .

أما احتمال قيام المريض بإعطاء استجابات لا تعكس ما يفكر بها فعلا

بصورة متعمدة فهو احتمال وارد ولكنه ضعيف إلى درجة كبيرة مع المعالجين الذين يستخدمون طريقة بك في العلاج الاستعرافي السلوكي ، لأن المتعارف عليه في هذه الطريقة هو أن المعالج لا يهدف إلى جعل المريض يتبنى أفكار المعالج أو يفكر بطريقة أكثر عقلانية أو أكثر إيجابية ولكنه يساعده على أن يستنتج بنفسه أن هناك طرق أخرى للنظر إلى المشكلة(Salkovskis,1996). كما أن المعالج في هذه الطريقة قلما يقدم النصح أو التوجيه للمريض حيث ينصب اهتمامه، كما سيتضح في الأجزاء الخاصة بالاكتشاف الموجه والتجارب السلوكية، على مساعدة المريض في التوصل إلى أفكار بديلة بنفسه الأمر الذي يجعله أكثر استعداداً للتصديق بها فعلاً، بخلاف ما يحدث عندما تقدم له الأفكار من قبل المعالج أو غيره. أما إذا قام المريض بإعطاء استجابات إيجابية مخالفة لم يحس به فعلا، على الرغم من الاحتياطات التي مارسها المعالج، فإن المعالج المتمرس سوف يكتشف ذلك في حينه أو يستدل على وقوع المريض فيه من عدم حدوث تحسن في حالته. وبعد أن يتبين للمعالج أن المريض يمارس هذا السلوك يبدأ في التعامل مع ميل المريض للموافقة كأفكار غير فعالة ويساعد المريض على تفحصها وإيجاد أفكار بديلة لها .

٥-حاجة العلاج الاستعرافي السلوكي لإجراء تعديلات وإضافة فنيات جديدة لكي يكون بإمكانه التعامل بصورة أفضل مع اضطرابات الشخصية :

المعالج الاستعرافي السلوكي بصورة عامة يركز على التعامل مع الأعراض (الاستعرافية والانفعالية والدافعية والسلوكية)(في معظم الحالات إحداث تغييرات فيها يؤدى إلى إحداث تغييرات في الاعتقادات الأساسية) ويتعامل مع الاعتقادات الأساسية مباشرة ويستكشف تاريخ حياة المريض ونموه وعلاقاته الاجتماعية كلما بدت له أهمية ذلك في تحسن حالة المريض، كما أنه يستخدم الفنيات الخبرويه إلى جانب الفنيات الأخرى عند الضرورة،

ولكن يونق يقترح إعادة النظر في توزيع الجهد والوقت الذي يبذله المعالج في التعامل مع هذه الجوانب(وقت أطول للتعامل مع المخطوطة)، وبالإضافة إلى ذلك يقترح يونق استخدام بعض الفنيات التي تعتبر إضافة جديدة للعلاج الاستعرافي السلوكي المتعارف عليه في محاولة منه لجعل العلاج الاستعرافي السلوكي أكثر فعالية في علاج اضطرابات الشخصية (Young, 1996) .

والمعالجون الذين يستخدمون طريقة بك لا يرون حرجاً في الاستفادة من اقتراحات يونق في علاج اضطرابات الشخصية (التركيز أكثر على الجوانب النمائية لسبر تطور المخطوطة، إطالة فترة العلاج والتطرق للعلاقات الشخصية (J. Beck 1996; Blackburn & Twaddle,1996) . وسوف يتم تقديم هذه الطريقة (العلاج الاستعرافي السلوكي الأساسي بالإضافة إلى بعض مقترحات يونق) في الباب الثاني (الفنيات المستخدمة لاستبدال المخطوطة) والثالث (النموذج والخطة العلاجية الاستعرافية السلوكية لاضطرابات الشخصية) في هذا الكتاب .

٦- إشكالية العلاقة بين الاعتقادات والانفعالات:

أظهرت بعض الدراسات الحديثة أن الشعور بالحزن قد يؤدي،بخلاف ما توحي به بعض الافتراضات في النظرية الاستعرافية في بداية ظهورها، (الكتابات الحديثة في النظرية الاستعرافية والعلاج الاستعرافي السلوكي لا ترفض فكرة أن الحالة الانفعالية قد تقود إلى ظهور أفكار سلبية كما أشير إلى ذلك في مكان آخر من هذا الكتاب) إلى تطور الأفكار السلبية لدى الناس. ومع أن التأكد تماماً من كون الحالة الانفعالية تسبق الأفكار السلبية أمر بالغ الصعوبة فإنه قد لوحظ في بعض الدراسات أن تغيير الحالة الانفعالية لدى الفرد من طبيعية إلى حزينة (باستخدام مثيرات تجلب الحزن) تؤدي إلى بروز الأفكار السلبية لديه. كما أنه من الممكن اعتبار اختفاء الأفكار السلبية لدى

مريض الاكتئاب بعد تحسن حالته نتيجة لاستخدامه لمضادات الاكتئاب دون محاولة تعديل أو استبدال الأفكار السلبية مؤشراً آخر على أن الحالة الانفعالية تساعد على ظهور الأفكار السلبية لدى المريض (Blackburn & twaddle, 1996; Teasdale, 1997) . أضف إلى ذلك، ما تبيّن في إحدى الدراسات؛ أن ارتفاع درجة الخوف بصورة عامة ترفع درجة الخوف أو تنشط الخوف من مثير معين بحيث يكون اكثر مما هو عليه عندما يكون الفرد مرتاح البال(Rachman,1997, p.17). وقد ظهر حديثاً العديد من الفرضيات والدراسات التي تحاول التعرف الكيفية التي تنشأ بها الانفعالات وعلاقة الانفعالات بالاستعراف. ومن ذلك على سبيل المثال ما افترضه جولمان: أن معالجة المعلومات Information processing لدى الإنسان تتم ليس فقط من خلال الاستعراف ولكن أيضاً من خلال ما أسماه بالذكاء الانفعالي (Emotional Intelligence) ، وأن الذكاء الانفعالي ينشأ بصورة مستقلة عن الاستعراف . وكما هو معروف لدى الباحثين في هذا المجال أن الإنسان ليس في حاجة لاكتساب الانفعالات الأساسية المرتبطة بالحفاظ على حياته . ولكن الأمر لا يقف عند هذا الحد حيث أنه من الممكن أن تتولى الانفعالات الاستجابة للمثيرات التي يستقبلها الفرد قبل أن يتوصل العقل إلى الاستجابة المدروسة التي تمر قبل تشكلها بالعديد من القنوات كما هو متعارف عليه في العلوم الاستعرافية. أي أنه قد يستجيب لمثير ما قبل أن يتوصل إلى معناه ومدلولاته من خلال الرجوع إلى الذواكر طويلة المدى التي تسجل فيها خبراته. ومع ذلك فإن العقل العاطفي والعقل العقلاني كما يسميهما جولمان يعملان معا في معظم الأحيان وبصورة لا تخلو من الانسجام . ومع التدريب وتهذيب الانفعالات يستطيع العقل العقلاني السيطرة إلى حد كبير على العقل الانفعالي الأمر الذي يؤدي إلى أن يستجيب الإنسان استجابات ملائمة للمثيرات التي يتعرض لها في حياته اليومية.(Goleman,1996). وكما يلاحظ القارئ فأن في ما ذكره بك حول الوضعيات الأولية والمخطوطات التي تتكون منها الوضعيات غير المتكيفة في الجزء الخاص بذلك في هذا الكتاب ما ينسجم

مع بعض أفكار فولمان.

يبدو إذن من المناقشة السابقة أن الحالة الانفعالية قد تؤدي إلى التحيز في التفكير. فقد تكتسب أفكار المكتئب صبغة متشائمة حول نفسه وحول الناس والمستقبل وقد يحول القلق أفكار الشخص إلى أفكار تدور حول خطورة الأمور وتهديدها له . وعلى الجانب الآخر هناك أدلة قوية على أن التفكير بطريقة متحيزة يؤدي إلى القلق (الفكرة السائدة لدى الكثير من العاملين في العلاج الاستعرافي السلوكي في مراحله المبكرة). فقد تبين في دراسات تجريبية حديثة أن تعريض الأفراد العاديين لمعلومات متحيزة (كلمات ذات طابع تهديدي للذات) دون علمهم بهدف التجربة يرفع درجة القلق لديهم إذا ما وضعوا في ظروف ضاغطة (Macleod in: Mathews,1997, p.p.47-66). ويتمتع هذا النوع من الدراسات التجريبية بقوة إقناعية أكبر ، مقارنة بالدراسات الارتباطية حيث يصعب فيها تحديد ما إذا كانت الأفكار تسبق الانفعالات أم العكس .

رأينا فيما سبق أن الحالة الانفعالية قد تؤدي إلى سهولة بروز الأفكار السلبية (المتحيزة) لدى المريض وهو الأمر الذي يلقى دعما متزايدا من قبل المشتغلين في هذا المجال (Haaga et al,1991) وأن الأفكار المتحيزة قد تقود إلى الحالة الانفعالية التي تعكس محتوى هذه الأفكار، ومع ذلك فكما يرى تيزديل Teasdale : النظر إلى المسألة من حيث أيهما يسبق أو يعقب الآخر أو حتى عن وجود علاقة متبادلة بين الاستعراف والانفعال على اعتبار أنهما متغيرين مستقلين عن بعضهما لم يعد من الأمور الأساسية هنا وعوضا عن ذلك من الأجدى أن نغير مستوى التحليل الذي ننطلق منه وننظر إلى المسألة على اعتبار أنها أنماط من معالجة المعلومات أكثر شمولية قياسا على ما كان يتبع عند الحديث عن العلاقة بين الانفعال والاستعراف (Teasdale, 1997, p.83) . وما يقصده تيزديل هنا أن الاكتئاب يحدث نتيجة لتكون منظومة اكتئابية تشتمل على هذين المتغيرين .

ولعل من المفيد، عند الحديث السببية، أن نفرق أولا بين نوعين من الأسباب التي تستخدم في النظر في مسألة السببية في علم النفس: (أ) العلة الفعالة (الكافية) (efficient cause) وتتطلب وجود حادثة أدت إلى نتيجة معينة و(ب) العلة النهائية (القاطعة) (Final cause) والتي يجب أن تشرح تاريخ تطور ظاهرة نفسية معينة؛ (يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار السياقات والمتغيرات البيئية التي رافقت تطور الظاهرة) (Rachlin, 1992; Alford & Beck, 1997).

وبناء على ذلك من الممكن القول بأن العلة (السبب) الكافية للإبقاء على الوضع الاكتئابي مثلا تشتمل على تحيز استعرافي سلبي (Haaga et al, 1991) . أما بالنسبة للتوصل إلى العلة (السبب) النهائية في الظواهر النفسية فإن الأمر يستلزم أن تؤخذ بعين الاعتبار كل المتغيرات التي تؤثر بصورة أو بأخرى في تطورها والتي قد تشتمل على الجوانب البيولوجية والاجتماعية والنفسية بكل تعقيداتها وتداخلها . وتحاول النظريات الحديثة في العلاج الاستعرافي مثل نظرية بك 1996(Alford & Beck, 1997)ونظريات غيره من الباحثين في هذا المجال (تيزديل ١٩٩٧على سبيل المثال) احتواء هذه المتغيرات . ومع ما لهذه المسألة من أهمية نظرية بالغة بالنسبة للنظرية الاستعرافية والعلاج الاستعرافي السلوكي فان تأثيرها محدود على الجوانب التطبيقية للنظرية الاستعرافية لان تعديل الأفكار والاعتقادات (تكوين وضعية بديلة) لدى المريض باستخدام العلاج الاستعرافي السلوكي يحسن الحالة الانفعالية للمريض سواء أتت نتيجة للأفكار والاعتقادات أو سبقتها أو تزامنت معها.

الفصل الخامس: العلاقة بين المعالج والمريض في العلاج الاستعرافي السلوكي

المهارات الأساسية

التعاطف مع المريض من الأمور التي يحرص عليها المعالجون النفسيون الذين ينتمون للمدارس النفسية الديناميكية منذ أن أكد فرويد على أهميته في العلاج التحليلي النفسي وحتى الآن (Burns and Auerbach,1996) . أما بالنسبة للمدارس العلاجية النفسية التي تعتمد على إجراءات محددة، مثل المدرسة السلوكية، تؤدي الهدف منها، كما يؤكد على ذلك اصحابها، حتى لو استخدمت من خلال شريط تسجيل، فيميل بعض المنتمين إليها إلى عدم التأكيد على أهمية العلاقة بين المعالج والمريض في نتائج العلاج. ولكن حتى في الحالات التي يستخدم فيها المعالج إجراءات واضحة ومحددة أحيانا يكون دور المعالج وأسلوبه في التعامل الشخصي مع المريض عاملا مهما في إنجاح العملية العلاجية وبالذات عندما تكون مشكلة المريض غير واضحة أو أن لديه نوع من التردد أو أنه يشعر بعدم الارتياح تجاه المعالج أو تجاه العلاج . هناك ما يشير إلى أن دفء المعالج وعلاقته الجيدة مع المريض ترفع من فعالية الفنيات العلاجية، في بعض الحالات على الأقل، حتى ولو كانت هذه الفنيات دقيقة وواضحة وقابلة للتطبيق بنفس الأسلوب بصرف النظر عن شخصية المعالج وعلاقته بالمريض. ولعل ذلك ما حدا ببعض المنظرين السلوكيين إلى القول بأن المعالج السلوكي الحقيقي هو من يراعي الدقة في تطبيق القواعد السلوكية في العلاج بأسلوب علمي وفي نفس الوقت يتفاعل مع المريض بدفء وتعاطف لكي يتمكن من تحقيق أكبر قدر من الفائدة للمريض (Goldfried & Davison,1994) .

وفي العلاج الاستعرافي السلوكي هناك أيضا من يرى أن الفنيات الاستعرافية السلوكية، نظراً لكونها واضحة ومحددة، تؤدي أهدافها دون ما حاجة ملحة لتعاطف المعالج مع المريض . فهذا أليس Ellis 1996 ،أحد رواد العلاج الاستعرافي السلوكي، على سبيل المثال، ينظر إلى دفء العلاقة الشخصية مع المريض بشيء من الريبة على الرغم من أنه لا ينفي وجود فائدة محدودة لها: وفيما يلي بعض الملاحظات التي تطرق لها حول العلاقة الدافئة ذات الطابع التعاوني بين المعالج والمريض:

١- أحيانا تجعل المريض ينظر نظرة إيجابية للمعالج ويتفاعل معه بشكل جيد ويتصور أن الطريقة العلاجية التي يستخدمها المعالج فعالة حتى لو لم تكن في الواقع كذلك .

٢- قد تدفع بعض المرضى الذين كانوا ينوون حضور جلسات قليلة إلى الاستمرار في العلاج لفترات أطول ، وقد يساعدهم ذلك في الاستفادة من العلاج .

٣- قد يجد بعض المرضى صعوبة في تكوين علاقات مع الآخرين وإذا استطاعوا تكوين علاقة جيدة مع المعالج فقد يفيدهم ذلك في تعلم الكيفية التي يستطيعون بها تحقيق التفاعل الجيد مع الآخرين .

٤- يلفت بعض المعالجين أنظار مرضاهم إلى جوانب القصور في أدائهم وفي تفكيرهم ومن المحتمل أن يقاوم هؤلاء المرضى هذه الملاحظات من قبل المعالج ما لم تكن علاقته بهم جيدة .

٥- يعتمد، الذين يركزون على أهمية العلاقات البينشخصية (Interpersonal relationship) في العلاج النفسي، كثيراً على قيام المعالج بتوجيه المريض أو تدريبه على تدبّر علاقاته الاجتماعية بصورة جيدة في الجلسات ومن ثم خارجها. فإذا كان المريض لا يرتاح للمعالج أو لا يثق في العلاج فإن التدريب على العلاقات البينشخصية خلال فترة العلاج لن يسير بشكل مرضى .

٦- يأتي الكثير من المرضى للعلاج على أمل أن يجدوا من يفهمهم أو أن يكونوا علاقة غير مقيدة يعبرون خلالها عن مشاعرهم تجاه الآخرين وتجاه المعالج نفسه دون خوف فإذا لم يتوفر لهم ذلك في العلاج فقد يتوقفوا عنه .
٧- يتطلب العلاج الاستعرافي السلوكي قيام المريض بواجبات منزلية صعبة، وقد يقوم المرضى بهذه الواجبات ليس بهدف الاستفادة منها ولكن سعياً وراء كسب رضا المعالج ، ومهما كان السبب فقد يستفيدون من ذلك (Ellis,1996) .

معظم المعالجين الاستعرافيين السلوكيين، على كل حال، يؤكدون على أهمية علاقة المعالج بالمريض وعلى دورها في العملية العلاجية أكثر مما فعله أليس . فالعلاقة الإيجابية بين المعالج والمريض مع الأسس الهامة للتوصل إلى علاج ناجح. يفترض في المعالج الاستعرافي السلوكي الناجح أن يوفر بيئة آمنة يثق بها المريض قوامها معالج يتصف بالدفء والتعاطف والصدق مع مرضاه، ويجب أن تظهر هذه الخصال بوضوح في رغبة المعالج الصادقة في التعرف على خبرات وأفكار ومشاعر المريض وفي ما يبذله المعالج في سبيل جعل العلاج مختصر وفعال يساعد المريض على التحسن بسرعة.

كما أن من أهم ركائز العلاج الاستعرافي السلوكي الطبيعة التعاونية (Collaborative) في تنفيذ العلاج والتي تبدأ في أول جلسة وتستمر حتى نهاية العلاج. وتتطلب هذه العلاقة التعاونية :

١- دور نشط لكل من المعالج والمريض في سبيل تحقيق هدف واحد .
٢- أن يبلغ المعالج المريض أن لديه (المريض) معلومات هامة يجب عليه طرحها في الجلسات للتوصل إلى افضل الطرق للتغلب على ما يعانيه من مشكلات. لدى المعالج الفنيات والأسلوب العلاجي الملائم ولدى المريض كل المعلومات عن خبراته الفريدة وهو الشخص الوحيد الذي

يستطيع شرح أفكاره ومشاعره . هذه الخبرات تحدد الكيفية التي تستخدم بها القواعد العلاجية التي ينوى المعالج تطبيقها.

٣- أن يسمح للمريض بإبداء رأيه والتعليق على ما يجرى وطرح الأسئلة لكي يكون بإمكانه معرفة أكبر قدر ممكن من المعلومات التي تساعده في التوصل إلى اتخاذ القرارات واختيار البدائل التي تؤدى إلى تحسن حالته على أسس وثيقة (Padesky & Greenberger,1995).

٤- أن يتعامل المعالج مع وجهات نظر المريض بكل جدية ويتفادى الظهور بمظهر الشخص الذي يعرف كل شيء كرمز للقوة (Beck In: Beck, Wright, Newman & Lies,1993).

وفي العلاج الاستعرافي السلوكي يستخدم المعالج في الوقت المناسب وبحكمة الانكشاف الذاتي Self disclosure لمساعدة المريض على النظر إلى مشكلته بطرق مختلفة: انكشاف ذاتي صادق ومرتبط بالموضوع كما حدث في المثال التالي :

المعالج : عندما كنت في الكلية يا صالح ، كنت أجد صعوبة في الذهاب إلى الأستاذ لطلب المساعدة لاعتقادي بأن ذلك يظهر جهلي أيضاً . وبصراحة كانت نتائج هذه المقابلات مختلفة: أحياناً يقدم الأستاذ لي المساعدة ويعاملني معاملة حسنة ولكن حدث مرة وأن قابلني أحد الأساتذة بفظاظة وأبلغني أن على أن أعيد قراءة الفصل أو أتدبر أمري بنفسي . القصد هنا هو أن عدم فهمي لشيء ما لا يعني أنني غير كفء ، أما بالنسبة للأستاذ الذي كان فظاً معي فأتصور أن ما فعله يدلل على نوع شخصيته أكثر منه على شخصيتي ، ما رأيك في ذلك ؟ (J.Beck,1993).

المعالجون الاستعرافيون السلوكيون إذن ينادون بضرورة دفء المعالج وتعاطفه مع المريض ولكنهم يختلفون عما يذهب إليه روجرز Rogers في هذا الخصوص . فبالنسبة لروجرز يعتبر الدفء والعلاقة المتعاطفة عامل أساسي وكاف في إحداث تغييرات في شخصية المريض بينما المعالجون

الاستعرافيون السلوكيون يرون أن الدفء والعلاقة المتعاطفة ضرورية لكنها غير كافية لإحداث التغيير في شخصية المريض.

التعامل مع المريض الصعب

أحيانا يواجه المعالج الاستعرافي السلوكي، كما يحدث لغيره من المعالجين النفسيين، بعض المواقف (غضب المريض أو عدم ارتياحه للمعالج أو للعلاج) التي تتطلب منه استخدام التعاطف بشكل يساعده على احتواء الموقف وتهدئة المريض ثم العودة إلى استخدام فنيات العلاج الاستعرافي السلوكي. وقبل الحديث عن بعض الفنيات التي قد تستخدم في هذا المجال لا بد من التأكيد على أنه يجب على المعالج أن يستخدم هذه الفنيات بشيء من الحذر(عدم المبالغة في استخدامها أو الاكتفاء بها) حتى لا يؤدى استخدامه لهذه الفنيات إلى تدعيم بعض السلوكيات غير المرغوب فيها لدى المريض. وفيما يلي بعض الإجراءات التي من الممكن استخدامها والظروف التي تستخدم فيها:

فنية خفض الغضب:

وفي هذه الفنية يسلم المعالج بأن في ما يقوله المريض الغاضب شيء من الصحة حتى ولو بدأ كلامه غير منصف وغير منطقي وتبني هذه الفنية على مقولة بيرنز Burns 1989 : "إذا اتخذت موقفا دفاعيا تجاه انتقاد غير صحيح وجهه لك المريض فإنك في الغالب تحيله إلى حقيقة في ذهنه. وفي المقابل إذا أظهرت شيئا من الموافقة على صحة بعض جوانب الانتقاد فإنك في الغالب تضعف درجة تصديق المريض به".

ولتوضيح ذلك خذ على سبيل المثال الشكوى التي تصدر من بعض المرضى والتي تتضمن أن المعالج لم يقدم المساعدة اللازمة ولم يظهر الفهم والاهتمام بما فيه الكفاية بالمريض. قد يعبر عن ذلك بطرق مختلفة ولكن هذا هو جوهر الشكوى . يشعر الكثير من المعالجين أمام ذلك برغبة

في الدفاع عن النفس ويلجأ البعض منهم إلى استخدام الاستجابة التالية (أريد منك أن تعرف أنني أهتم بك وأفهم معاناتك ، وأعتقد أننا، على الرغم من أنك تشعر الآن بأنك لا تحصل على ما تريد ، حققنا بعض النتائج الجيدة وأن لدى القدرة على مساعدتك). ومع أن هذه الاستجابة طرحت عن حسن نية بهدف مساعدة المريض وأن بعض المرضى قد يرتاح لها إلا أن ما يقوله المعالج في الواقع هو (أنا على حق وأنت مخطئ). لم يقم المعالج باستكشاف شعور المريض بالغضب وبعدم الثقة بقدر ما قاله دفاعا عن نفسه . مضمون ما قاله المعالج هو (أنا مصيب وأنت أخطأت لأنك لم تدرك المسألة كما أراها أنا). كلام المعالج عبارة عن إطراء ذاتي يؤكد صحة انتقاد المريض.

ما قاله المريض لا يخلو من الحقيقة فهو يشعر بأن حالته لم تتحسن وكلامه تعبير عن ما يشعر به . هذا لا يعني بالضرورة أن المريض لم يستفد من العلاج ولكنه في هذه اللحظة يشعر بالضيق . كان بإمكان المعالج أن يسلّم بصحة انتقاد المريض بالقول(لقد قلت شيئاً مهماً ، وأنا أوافق معك. درجاتك على مقياس الاكتئاب ومقياس القلق تشير إلى أنك لست على ما يرام خلال الأسابيعَ الماضية . كما أنني لاحظت بعض التوتر في العلاقة بيننا ، وأنا غير راضي عن مستوى فهمي لمشاعرك ، أعتقد أنك تشعر بشيء من الإحباط وبعدم الرضى عني. هل فهمت ما كنت تقصده ؟ أو أن لديك المزيد حول ما تشعر به حول الموضوع ؟

تسليم المعالج بأن العملية العلاجية قد فشلت إلى حد ما يزيد من احتمال نجاحها فيما بعد لأنه يظهر أن المعالج والمريض يعملان في خندق واحد نحو تحقيق هدف مشترك هو تحسن حالة المريض (روح الفريق كما تؤكده الطبيعة التعاونية للعلاج الاستعرافي السلوكي) . تصديق المعالج لانتقاد المريض يخفف من آلامه ويرفع درجة ثقته في المعالج وفي العلاج وفي نفسه .

قد يكون لدى المريض نفس الشعور تجاه الكثير من الناس وليس المعالج فقط، ومن المحتمل أن لا أحد منهم يعترف بصحة ما يقوله المريض . وهكذا فقد يكون ما حدث شيء غير مسبوق . قد تكون هذه هي المرة الأولى التي يستمع شخص ما للمريض ويسلّم بصحة إدراكه السلبي لحالته.

التعاطف مع محتوى كلام المريض والتعاطف مع مشاعره:

التعاطف مع محتوى كلام المريض هو إعادة كلمات المريض لكي يعرف أن المعالج قد سمع وفهم ما يريد إيصاله . ببساطة يقول المعالج (يبدو أنك قلت.............) (أو عبارة مشابهة) ثم يعيد كلمات المريض بأكبر قدر ممكن من الدقة. وبعد ذلك يقوم المعالج بإيضاح ما يحتمل أن يكون عليه شعور المريض. في الحالة الثانية يتعاطف المعالج مع مشاعر المريض.

على سبيل المثال إذا قال المريض (أنا أتردد عليك منذ ١٨ شهراً واليوم أشعر بالاكتئاب أكثر من أي وقت في حياتي) فبإمكان المعالج التعاطف مع محتوى كلام المريض والتعاطف مع مشاعر المريض على النحو التالي:

(تقول أنك تحضر الجلسات منذ ١٨ شهراً ومع ذلك فإنك تشعر بالاكتئاب أكثر من أي وقت مضى أتصور أنك تشعر بالإحباط وربما بالغضب تجاهي هل أنت كذلك؟).

<u>ولعكس محتوى كلام المريض وعكس مشاعره العديد من المزايا</u> :

١- يساعد المعالج على استيعاب الرسالة التي يريد المريض إيصالها بشكل جيد ويعطيه مزيد من الوقت للتفكير فيما سوف يقوله .

٢- يشعر المريض بالارتياح لأن المعالج أصغى وأهتم بما يقوله .

سعة البال:

ومن ذلك أن يعبر المعالج عن احترامه للمريض في وقت يكون فيه صعوبة في التفاعل بينهما. يجد الكثير من الناس صعوبة في الجمع بين الغضب والمحبة أو الاحترام ويتوقعون أن نهاية الخلاف هي العقوبة أو الرفض. تأكيد المعالج للمريض أن مناقشة غضبه أو عدم ثقته في المعالج أو العلاج بصراحة سوف تقوّى العلاقة بينه وفي المعالج وتجعل المريض يعبر عن نفسه بصراحة بدون تحفظ . أريحية المعالج ودفئه وارتياحه واهتمامه بما يقول المريض يعكس احترامه للمريض .

يستطيع المعالج إظهار سعة البال لفظياً أو سلوكياً (بطريقة صامتة).

على سبيل المثال:

قد يظهر المعالج سعة باله لفظياً : أعتقد أنك غاضباً جداً وتعتقد أنه قد أسيء فهمك في هذه اللحظة ولكن اعتقد أن النقاش بيننا سوف يؤدي في نهاية الأمر إلى الفهم والاحترام المتبادل؛ مع أخذ ذلك بعين الاعتبار هل لك أن تخبرني أكثر عن ما تفكر وتشعر به ؟. هذه العبارة تؤكد للمريض بأنه لن يفقد احترام المعالج أو يرفض من قبله مهما قال (المريض) ، كما أن المعالج لا يتوقع أن يرفض هو أيضاً . هذا التصرف يسهل عملية التفاعل بين المعالج والمريض ويزيد من الشعور بالثقة .

وكما ذكر من قبل تطبق هذه الفنيات تبعاً للحاجة إليها مع المرضى الذين يظهرون الغضب أو عدم الثقة تجاه معالجيهم أو الذين يبدو عليهم الانزعاج ويرغبون في طرح ومناقشة ما يزعجهم سواء كان انزعاجهم مرتبط بالمعالج أو بشخص أو شيء آخر. وبعد التعامل مع المشكلة يعود المعالج إلى استخدام الفنيات الاستعرافية الأخرى لتغيير الأفكار والمشاعر والسلوك. والتفريق بين الفنيات المتعاطفة والفنيات الاستعرافية السلوكية لا يعني أن المعالج الاستعرافي السلوكي لا يتعاطف مع المريض لأن العلاج الاستعرافي السلوكي، كما أشير إلى ذلك من قبل، يؤكد على

ضرورة استخدام الفنيات الاستعرافية السلوكية مع المحافظة الدائمة على احترام المريض والتعاطف معه (Burns & Auerbach, 1996) وانما المقصود هنا هو التركيز على الفنيات المتعاطفة اكثر عند الحاجة.

بناء الجلسات في العلاج الاستعرافي السلوكي

العلاج الاستعرافي السلوكي علاج قصير المدى يتراوح عدد جلساته في معظم الحالات ما بين ٤-١٤ جلسة (J. Beck, 1995). .وقد يتطلب الأمر في حالات معينة زيادة عدد الجلسات . ومن المفضل أن تكون الجلسات بمعدل جلسة واحدة في الأسبوع (أو أكثر إذا كان المريض يعاني من أزمة بشكل أو بآخر) . أما فيما يتعلق بطول الجلسة فإن الخمسين دقيقة المتعارف عليها في أنواع العلاج النفسي الأخرى كافية هنا أيضا (Trower, Casey and Dryden, 1992) .

يبدأ العلاج بعلمية التقويم الاستعرافي السلوكي التي تستغرق في الغالب ما بين ١-٣ جلسات والتي يركز فيها المعالج على جمع المعلومات حول مشكلة المريض (كما هو موضح في الجزء الخاص بالتقويم الاستعرافي السلوكي) . وقد يستخدم فيها الأسئلة المباشرة بشكل أكبر مما يحدث في بقية الجلسات ، (ماذا ، متى، أين ، وكم مرة) . ومن المفضل أن يقوم المريض بما يلي بعد الجلسات التقويمية وحتى نهاية العلاج:

أ / يستمع المريض لما دار في الجلسة إذا كان قد تم تسجيلها أو يقرأ ما لديه من ملاحظات حول ما دار في الجلسة للتأكد من أن ما دار في الجلسة يعكس حالته فعلاً وللاستفادة من النقاط الرئيسية التي تم التطرق لها في الجلسة.

ب/ إكمال الواجبات المنزلية التي تم الاتفاق علـى القيـام بـها (تسـجيل الأفكار السلبية في السجل الخاص بذلك والقيام بالسـلوكيات المطلوبـة الأخرى).

وفي الغالب لا تخرج الجلسات التي تلي الجلسات التقويمية عن الشكل التالي :

١- التعرف على الحالة الوجدانية للمريض :

في الـغالب يقوم المريـض قبـل البـده فـي الجـلـمـة بإكـمـال مقياس (الاكتئاب أو القلـق) وذلـك لشـيوع هذيـن الاضطرابين لدى المرضى . ولكن من الممكن استخدام ما يلائم المريـض من المقاييس الأخرى . ويستحسن أن تتم مقارنة نتائج المقياس المسـتخدم مع التقرير الذاتي للمريض : المقياس يوحي بكذا ..... ؟ كيـف بـدأ لـك الأسبوع الماضي ؟ في الغالب يكون هناك تطابق كبير بين التقرير الذاتـي للمريض وبين درجة المقياس . وإذا لم يكن الأمر كذلك .... كـأن يقـول المريض ... أعرف أن الدرجة أقل من تلك التي حصلت عليها آخر مـرة ولكنني أشعر بأنني لست على ما يـرام ، فمـن الأفضـل قيـام المعـالج باستكشاف الأسباب الممكنة لعدم شعور المريض بالارتياح .

٢- وضع جدول عمل لما سيدور في الجلسة :

ينـاقش ذلك مع بداية الجلسة ، وقد يبدأ المعالج بالآتي : قبل أن نبـدأ أود أن أوضح ما نود عمله اليوم ، أو بمعنى آخـر نقرر ما نريد عمله وسوف نقوم بذلك مع بداية كل جلسة. بعد استعراض الجدول يشرح المعـالج للمريض بعض الأمور مثل كون الوقت محدد ، وأنه من المهم أن تنـاقش أكثر الأمور أهمية (اذا لم يكن قد أوضح ذلك من قبل). ويشـتمل جـدول العمل على اعداد قائمة بالمواضيع الاساسية للجلسة الحالية ومراجعـة مـا حدث بعد الجلسة السابقة، والتعليق على الجلسـة السـابقة واسـتعراض الواجبات المنزلية .

٣- المواضيع الأسبوعية :

تراجع باختصار ، ولكن بطريقة مقبولة ، الحوادث التي حدثت للمريض بعد الجلسة السابقة ، ثم يطلب من المريض إبداء رأيه فيما تم حتى الآن ، وبعد ذلك تراجع الواجبات المنزلية وتناقش المشكلات التي اعترضت المريض خلال قيامه بالواجبات المنزلية والحلول الملائمة لها .

٤- المواضيع الأساسية للجلسة الحالية :

يستغرق ذلك معظم وقت الجلسة . يتم استخدام الاستراتيجيات الاستعرافية والسلوكية (الباب الثاني من هذا الكتاب)التي تساعد المريض على التعامل مع الاعتقادات والأفكار السلبية والصعوبات التي واجهت المريض. وتختلف المواضيع التي تناقش هنا من جلسة لأخرى وكذلك تختلف الاستراتيجيات المختارة تبعاً لنوع الاضطراب النفسي الذي يعاني منه المريض (أنظر النماذج والخطط الاستعرافية السلوكية للاضطرابات النفسية – الباب الثالث).

٥- الواجب المنزلي للجلسة القادمة :

تزداد فائدة هذه الواجبات إذا ما روعيت النقاط التالية خلال إعدادها :

أ / تكون مرتبطة بما يحدث في الجلسة .

ب/ تعرض بطريقة محددة وواضحة . وتعد بطريقة تجعل المريض يلاحظ نجاحه في القيام بها .

جـ/ تكون مفهومة ومقبولة للطرفين (مثلاً الهدف هو اختبار صحة الفكرة التي تدور حول عدم قدرتي على القيام بأي شيء وليس للتعرف على ما سوف يحدث).

د / تصمم بطريقة لا يخسر فيها المريض؛ أي أن المريض سوف يتعلم شيئاً مفيداً سواء تم أم لم يتم التوصل إلى النتيجة المرغوبة .

ولتفادي سوء الفهم يجب أن يكتب الواجب المنزلي وكذلك الهدف منه

كما يجب تسجيل (كتابة) ما تم فعله والنتائج التي خرج بها المريض .

يحدث أحياناً أن تضعف عزيمة المريض على القيام بالواجبات المنزلية لذا من المهم أن يناقش المعالج مع المريض الصعوبات التي من الممكن أن تحدث في المستقبل، وكذلك الإجراءات التي من الممكن اتخاذها للتغلب على هذه الصعوبات .

٦- التعرف على وجهة نظر المريض حول ما دار في الجلسة :

في هذه المرحلة يطلب المعالج من المريض التعليق على الجلسة ككل وتلخيص ما تعلمه ورأيه في الموضوع. ويجب التأكيد على أنك سوف تتقبل وترحب بأي ملاحظة، مهما كان نوعها، لأن ذلك يساعد على التفاهم ويجعل المعالج في موقف يسمح له بأن يتصرف بطريقة منسجمة مع ما يشعر به المريض فعلاً (Wills and Sanders,1997; Fennell,1991) .

الفصل السادس: التقويم في العلاج الاستعرافي السلوكي

تمهيد

يركز العلاج الاستعرافي السلوكي أثناء عملية التقويم على تفسيرات المريض لما يعترضه من مواقف على اعتبار أن التمثيل الاستعرافي لهذه المواقف أهم، بالنسبة له، من المواقف نفسها(Berman,1997). ويعطي الأولوية لمشاكل محددة بدلاً من التعامل مع المشكلات بشكل عام. ويستخدم المعالج الاستعرافي السلوكي المقاييس الموضوعية المعدة مسبقاً كجزء مع عملية التقويم بالإضافة إلى المقابلة والقياس المباشر الذي يعتمد على تقييم المريض لحالته في نفس اللحظة سواء في الجلسات العلاجية أو خارجها وطرق أخرى سوف يأتي ذكرها في الصفحات التالية .

ولكي تحقق عملية التقويم والعلاج ككل أهدافه يفترض أن يكون المعالج الاستعرافي السلوكي قادراً على الاستماع والملاحظة بطريقة موضوعية ومتعاطفة في آن واحد. كما يفترض أن تكون لديه القدرة على التركيز على الآخرين وليس على نفسه.

وفي الوقت نفسه يجب أن يكون قادراً على القيام بدور توجيهي وتعليمي وقادراً على توجيه الأسئلة الملائمة التي تساعد المريض في عملية التوصل إلى المعلومات التي تساعده في فهم ما يحدث في داخله أو ما يحدث من حوله بطرق غير تلك الطرق التي ساهمت في ألمه النفسي. ويفترض أيضاً أن يكون المعالج الاستعرافي السلوكي قادراً على تقديم التغذية الراجعة الملائمة التي يلخص من خلالها المعنى الظاهر وغير الظاهر في الأوقات المناسبة ليساعد المريض على إدراك العلاقات التي تجمع ما تبدو وكأنها جوانب متباينة لما يشكو منه (Kirk,1991) .

ويفترض في المعالج الاستعرافي السلوكي أيضا أن يتوقع ويتقبل حدوث اكتشافات جديدة حول مشكلة المريض خلال تعامله معه من البداية حتى النهاية

وبالتالي يكون على استعداد لإعادة النظر في صياغة المشكلة وفي الفنيات العلاجية المستخدمة وتعديلها أو تغييرها عند الحاجة(Blackburn & Twaddle,1996) وبصورة عامة فإن الخصائص التي يفضل توفرها لدى المعالج في الأساليب العلاجية الأخرى يفضل توفرها أيضا في المعالج الاستعرافي السلوكي. لابد وأن يشعر المريض بالاطمئنان لكي يفضي بالمعلومات المهمة والمؤلمة خلال المقابلة والعلاج وحدوث مثل ذلك مرهون في الغالب بدفء المعالج وقدرته على إقناع المريض بأن ما يقال يحاط بسرية تامة وأنه ملتزم بمساعدة المريض في التخلص من الصعوبات التي يعاني منها (Kirk,1991) . وفي الغالب تتم عملية التقويم المبدئية التي تسمح للمعالج بصياغة مشكلة المريض(فروض مبدئية) في الثلاث جلسات الأولى(Blackburn & Twaddle,1996). وسوف نبدأ بالحديث عن أهداف التقويم في العلاج الاستعرافي وأساليبه ثم الحديث عن الصياغة الأولية والصياغة المتقدمة للمشكلة

أولا: أهداف التقويم وأساليبه

١) أهداف التقويم

تهدف عملية التقويم الاستعرافي السلوكي إلى(١)صياغة المشكلات في إطار النظرية الاستعرافية السلوكية: يعتمد العلاج الاستعرافي السلوكي على الطريقة التجريبية وتبعاً لذلك تخصص الجلسات الأولى لصياغة الفرضيات المبدئية وخطة العلاج ، وبعد ذلك تفحص الفرضيات فيما يتبع من واجبات منزلية وجلسات علاجية وتعدل إذا لزم الأمر (٢) شرح طريقة العلاج الاستعرافي السلوكي للمريض: يبلغ المريض أن التقويم والعلاج الاستعرافي السلوكي يعتمد إلى حد كبير عليه وأن مهمة المعالج هي مساعدته على تطوير المهارات اللازمة ليس فقط للتغلب على مشاكله الحالية بل للتغلب أيضاً على ما قد يواجهه مستقبلاً من مشكلات مشابهة ، كما يؤكد المعالج على أهمية الواجبات المنزلية ويشير إلى أن الجزء الأساسي من العلاج سوف يطبق خارج

الجلسات العلاجية وكذلك يؤكد على الطبيعة التعاونية للعلاقة العلاجية التي تشتمل على مشاركة المريض في جمع المعلومات وإبداء الرأي في فعالية العلاج وتقديم المقترحات(إن وجدت) حول الاستراتيجيات الجديدة . ثم تقدم المعلومات الخاصة ببناء العملية العلاجية في هذه المرحلة على سبيل المثال كم عدد الجلسات ، مدة الجلسة ومكان الجلسة وبعد ذلك يقوم المعالج بشرح النموذج الاستعرافي السلوكي لتطور الاضطرابات النفسية واستمرارها(انظر النماذج الاستعرافية للاضطرابات النفسية في الباب الثالث من هذا الكتاب) ولفت انتباه المريض إلى المتغيرات الداخلية والخارجية التي لم ينظر إليها كعوامل مرتبطة بالمشكلة؛ يسأل المريض عن المواقف ، الحالة الجسمية ، الجانب الاستعرافي، العوامل البينشخصية والسلوكيات الظاهرة وكيف أنه من الممكن أن يؤثر كل من هذه المتغيرات على المشكلة كجزء من عملية تثقيف المريض حول النموذج الاستعرافي السلوكي خلال المراحل الأولى للعلاج ، وتساعد هذه المعلومات في تطابق توقعات كل من المعالج والمريض فيما يتعلق بالعلاج ؛ إذا لم يكن هناك توافق في هذه التوقعات فقد لا يستمر المريض في العلاج (٣) البدء في العملية العلاجية: تلعب مقابلة التقويم دوراً هاماً في بداية العملية العلاجية. يطرح المريض في الغالب عدد كثير من الصعوبات التي يصعب الفصل بينها ، وعندما يقوم المعالج بتوضيح الفروق بين هذه الصعوبات يكون من الممكن خفض عددها إلى درجة يصبح من الممكن معها التعامل مع هذه الصعوبات وبالتالي يدرك المريض أنه من الممكن إحداث تغييرات فيها ، فقد يشتكي المريض مثلاً من سلسلة من المشكلات تحتوي على الميل إلى البكاء ، الحزن ، عدم الاستمتاع بالحياة ، الشعور بالتعب، النوم المضطرب ، كره الذات واليأس ثم يشعر بالارتياح إذا علم أن كل هذه المشكلات عبارة عن الأعراض المألوفة لمشكلة واحدة (الاكتئاب)، وهو أحد الأمراض التي من الممكن علاجها بطرق متعددة. وفي المقابل يعتقد بعض المرضى خطأً أن الصعوبات التي يواجهونها عبارة عن مشكلة واحدة. على سبيل المثال قد يعتقد أحد المرضى أن لديه

مشكلة واحدة أساسية؛ عدم القدرة على التحكم في نفسه ولكنه يشعر بالارتياح عندما يتضح له خلال عملية التقويم أن لديه بدلاً من ذلك مشاكل متداخلة مثل العادات الغذائية غير الصحية ، والصعوبة في العمل وفي العلاقات البينشخصية وهي مشاكل من الممكن أن تعالج بصورة منفصلة (٤) تحويل تركيز المريض بحيث يتجه إلى إمكانية إحداث تغييرات إيجابية بدلاً من الانغماس بصورة مستمرة في المشكلات نفسها ، وكذلك وضع حدود لما يمكن تحقيقه من خلال العلاج؛ فمن غير الملائم مثلاً أن يكون هدف المريض الذي يعاني من الخوف من الأماكن المفتوحة التخلص من جميع المشاعر الغير سارة ولكن بإمكانه أن يتوقع أنه سوف يصبح قادراً على الذهاب إلى السوق المركزي دون وجل (٥) جعل المريض يدرك أنه من الممكن إحداث تغييرات في شدة الضيق الذي يعاني منه من خلال تفحص المتغيرات الداخلية أو الخارجية التي تمر عليه وأن المسألة ليست شيئاً مفروضاً عليه من الخارج بصورة اعتباطية ، ويفهم ضمنياً أنه ما دام أنه من الممكن توقع حدوث مثل هذه التغييرات في شدة الضيق فإنه من الممكن أيضاً التحكم في المشكلة(محاولة ربط الحوادث التي تمر على المريض بانفعالاته) و(٦) ومن الأهداف الهامة أيضاً لعملية التقويم التأكد مما إذا كانت المشكلة تستوجب الحل بصورة مستعجلة؛ على سبيل المثال إذا كان المريض مكتئباً فلا بد من تقويم الميول الانتحارية لديه، وإذا كانت الشكوى تدور حول صعوبة التعامل مع الأطفال فلا بد من استكشاف احتمال تعرضهم للضرب مثلاً .

وباختصار فإن الأهداف الأساسية للتقويم السلوكي الاستعرافي هي التوصل إلى اتفاق حول صياغة الفرضيات ووضع خطة العلاج مع المريض وشرح أسلوب العلاج الاستعرافي السلوكي في إطار النظرية الاستعرافية للمريض بهدف مساعدته على إدراك العلاقات بين العوامل المرتبطة بالمشكلة ودورها في استمرار أو التخلص منها والبدء في عملية التغيير والتعرف على المشكلات التي تتطلب علاجاً سريعاً .

وقد يكون من المناسب تذكير المعالج وبالذات المعالج المبتدئ بأنه

يجب تفادي استخدام (لماذا) في الأسئلة قدر الاستطاعة ، لأنها في الغالب تدفع المريض إلي القول (لا أعرف) ، أو تقديم شرح مطول عن نشوء المشكلة على طريقة الأشخاص غير المتخصصين . الأسئلة مثل (ما هي الصعوبة التي واجهتك في المشكلة ؟) أو (كيف استطعت أن تبقى هادئاً في الموقف ؟) تستثير معلومات أكثر تفصيلاً عن العوامل المتعلقة باضطرابات معينة .

٢) أساليب التقويم

يعتمد المعالج الاستعرافي السلوكي، بشكل كبير في تقويم مشكلة المريض على (١) المقابلة السلوكية وعلى (٢) المراقبة الذاتية. ولكنه وفقا لطبيعة المشكلة التي يتعامل معها قد يستخدم طرق متعددة لتقويم المشكلة مثل مقابلة المهمين في حياة المريض والملاحظة المباشرة (عن طريق لعب الأدوار والاختبارات السلوكية مثلا) والمقاييس الفسيولوجية.

١) المقابلة السلوكية

لا يعرف الكثير من المرضى ما الذي يمكن توقعه في مقابلة التقويم لذا من المهم أن تجعل المريض يشعر بالارتياح وتكوّن علاقة أليفة معه بعد أن تقرأ خطاب الإحالة (إن وجد) .

يفضل أن تستمع جيداً لما يقوله المريض حول مشكلاته. من المحتمل أنه صرف الكثير من الوقت في التفكير في هذه المشكلات. ولكن من الممكن أن يسيء المريض تفسير ما هو مطلوب ويدخل في تفصيل تاريخي للمشكلة وهو الأمر الذي قلما يفيد في هذه المرحلة . من المهم أن تستمع بعناية وتشعر المريض بأنك مهتم بما تسمع . طرح بعض التعليقات مثل (من الواضح أن الأمر مزعج بالنسبة لك) يساعد المريض على الاستمرار ويبنى الألفة بينكما . التلخيص وإعادة صياغة ما قاله المريض ، وعكس المشاعر يجعل المريض يشعر بأن المعالج يفهم ما يقوله. على سبيل المثال بعد الاستماع لشرح مطول لمشكلة المريض بإمكان المعالج القول (إذا لم أكن مخطئاً فأنت تقول أنك

حاولت جاهدا أن ترضي الآخرين وأن تضع سعادتهم قبل سعادتك ولكن ذلك يجعلك تشعر بأنك مجهد إلى حد كبير أحيانا هل هذا صحيح؟) . قد يسترسل المريض في الحديث عن موضوع معين إذا شعر بأن المعالج مهتم بذلك وبالإمكان جعله يشعر باهتمامك به سواء بصورة لفظية أو غير لفظية . وفي هذه المرحلة يجب على المعالج أن لا يسمح لإدراكه الأولي لمشكلة المريض بأن يؤثر على أسئلته أو تفسيره لاستجابات المريض .

يجد بعض المرضى صعوبة في وصف مشاكلهم أو يصفونها بشكل غامض عندئذ ربما يكون من المفيد استخدام أسئلة مثل "هل بإمكانك أن تصف لي ما حدث عندما غضبت آخر مرة ؟ "متى حدث ذلك ؟ "ما الشيء الذي لاحظته أولا ؟ ما التغييرات التي حدثت في حياتك بعد ظهور هذه المشكلات؟ " ما الذي تخليت عنه بسبب هذه المشكلات؟ المطلوب في هذه المرحلة التي قد تدون لمدة ٥ أو ١٠ دقائق هو الخطوط العريضة للمشاكل . يقوم المعالج بملاحظة المؤشرات التي تدل على العوامل التي سبقت المشكلات وساعدت على استمرارها لاستخدام ذلك فيما بعد في المقابلة.

ومن المفيد أن تقدم للعميل ملخصا للمشاكل وتحصل على موافقته على صحة ما تم تلخيصه . يستطيع المعالج القول (يبدو أنك تعني أنك قلق حول ابنتك وكذلك موقف زوجتك حيال الموضوع . هل فهمت أنا ما تقوله بصورة صحيحة؟ هل هناك مشاكل أخرى ؟ إذا كان هناك أكثر من مشكلة فيجب أن يتفق المعالج والمريض على المشكلة التي يجب أن يتم التدخل فيها قبل غيرها.

وبعد ذلك يتحول التركيز إلى التعرف على الكيفية التي بدأت بها كل مشكلة وكيف تطورت وعلى الطريقة التي سارت بها المشكلة(قد تستمر بشكل ثابت أو قد تزداد سوء أو قد تتأرجح بين الشدة والانفراج) وعلى التعرف على العوامل المهيأة (يسأل المريض عن الأمور التي قد يكون لها علاقة بتطور مشكلاته الحالية. فإذا كان الشخص يعاني من الاكتئاب مثلا فمن المستحسن أن يسأل عن تاريخ الاكتئاب في عائلته وعن الانفصال عن والديه أو عن من كان

مسئولا عن تربيته خلال طفولته).

يلي ذلك التركيز على التحليل السلوكي للمشكلة ويهدف إلى اكتشاف طبيعة المشكلة (من خلال الوصف التفصيلي لها وتحديد وقت ومكان وشدة وتكرار حدوثها) والكيفية التي استمرت بها، وكيف تتدخل المشكلة في ممارسة المريض لحياته اليومية ، وما إذا كانت المشكلة تخدم أهدافاً معينة للمريض. ويمكن تحقيق ذلك من خلال وصف السياق الذي حدثت فيه المشكلة واستكشاف العوامل التي تؤثر في سير المشكلة والتعرف على ما ترتب على حدوث المشكلة (العواقب) بما في ذلك تجنب هذه العواقب . ويندرج تحت السياق الذي تحدث فيه المشكلة عوامل موقفية (تسوء المشكلة في موقف معين)، عوامل سلوكية(يرتبط ظهور المشكلة بسلوكيات معينة)،عوامل وجدانية(ظهور القلق عندما يزداد حماس المريض تجاه شئ معين مثلا)،عوامل بينشخصية: العوامل المتعلقة بالتفاعل الاجتماعي (وجود طفل يساعد أحيانا من يعاني من الخوف المرضي في تخطي الموقف دون خوف)، عوامل فسيولوجية (قد يؤثر التعب، الدورة الشهرية، الإكثار من شرب القهوة بشكل أو بأخر على المشكلة) والعوامل الاستعرافية (الأفكار التي تجول في المريض أثناء حدوث المشكلة والاعتقادات الموجودة لديه حول المشكلة) . وسوف نتحدث بشيء من التفصيل عن العوامل الاستعرافية لدورها الأساسي، وفقا للنظرية الاستعرافية السلوكية، في ظهور الاضطرابات النفسية وفي استمرارها وعلاجها وعلى التجنب الذي يلعب دورا بارزا في استمرار هذه الاضطرابات (Kirk,1991).

١- تحديد الأفكار

لا يجد بعض المرضى صعوبة في تحديد الأفكار السلبية لديهم في بداية العلاج ، بينما يتطلب البعض الآخر بعض التدريب حتى يكون باستطاعتهم التعرف على الأفكار التي تثير المشكلات لديهم . هناك العديد من الأسباب التي تجعل بعض المرضى يجد صعوبة في التعرف على هذه الأفكار: أولاً :

قد يتعود المريض على استخدام هذه الأفكار بصورة آلية ويعتقد أنها أفكاراً معقولة مما يجعله لا يهتم بها؛ ثانياً: الخيالات المرئية تلعب دوراً بارزاً في القلق ، وقد تكون فترة ظهور هذه الخيالات قصيرة جداً (أقل من ثانية) مما يجعل الفرد لا يعيها أو يتذكرها وبالإضافة إلى ذلك قد تكون الأفكار المرتبطة بالقلق غريبة (يرى واحد نفسه وهو ميت، أو يغمي عليه في السوق المركزي، أو يصرخ بينما ينظر إليه الآخرون بذهول ...... وما شابه ذلك). وهذا يجعل بعض المرضى يترددون كثيراً في مناقشتها قبل أن يعرفوا أن مثل هذه الأفكار شيء طبيعي مع القلق المرتفع و ثالثاً : نظراً لأن الأفكار المرتبطة بالخطر تؤدي إلى القلق يحاول بعض المرضى تفاديها بطريقة ظاهرة أو باطنة . قد يحاول المريض عندما يعي صورة أو فكرة مرتبطة بمأساة متوقعة كبت هذه الصورة أو التخلص منها بسرعة عن طريق إشغال نفسه أو الابتعاد عن الموقف ، وهذا يجعل تذكر الصورة أو الفكرة بوضوح أمراً صعبا. في مثل هذه الحالات من الأفضل أن يصر المعالج بلطف على طرح الأسئلة حتى تستثار الأفكار المفيدة التي يستطيع المعالج استخدامها للتعرف على دقة الخيالات أو الأفكار التي ذكرها المريض . ومن الطرق المفيدة هنا أن يسأل المعالج نفسه (هل سينتابني القلق كما حدث للمريض لو أن هذه الأفكار مرت بي وصدقت بها ؟ إذا كان الجواب لا فقد تكون الأفكار التي أوردها المريض غير دقيقة أو أنها في حاجة إلى المزيد من الإيضاح . وهناك العديد من الفنيات التي تساعد المرضى على تحديد أفكارهم التلقائية السلبية . ومن أشهر هذه الفنيات طريقة (مناقشة أحدث الخبرات الانفعالية) .

١- مناقشة احدث الخبرات الانفعالية :

في هذه الطريقة يطلب من المريض تذكر احدث حادث أو موقف من الحوادث أو المواقف المرتبطة بالوضع الانفعالي لديه على أن تكون من الحوادث أو المواقف التي يتذكرها جيدا . يصف المريض الحادثة بشيء من التفصيل ويحاول المعالج جعل المريض يتذكر الأفكار المرتبطة بظهور واستمرار رد الفعل الانفعالي باستخدام أسئلة مثل (ما الذي خطر في ذهنك

آنذاك ؟) (هل تخيلت شيئا في تلك اللحظة ؟)، (ما هو أسوأ ما توقعت حدوثه عندما كنت قلق جداً؟) .

درجة تصديق المرضى بالأفكار المرتبطة بالقلق تختلف باختلاف مستوى القلق. عندما يكون المريض هادئا يكون بإمكانه أحيانا إدراك عدم معقولية أفكاره ومن ثم محاولة تجاهلها . على سبيل المثال أجاب أحد المرضى بنوبات فزع والذي كان قلقا حول وجود خلل ما في قلبه علي السؤال (ما الذي يخيفك في نوبات الفزع ؟) بقوله (كنت اعتقد إنني سوف أصاب بنوبة قلبية ، على كل حال أخبرني طبيبي بان قلبي سليم لذا أنا الآن أفكر في القلق فقط) . ولكن لو أنه سئل السؤال التالي (ما هو أسوأ شيء تفكر في حدوث أثناء إصابتك بنوبة الفزع ؟) فقد يكون جوابه (علي الرغم مما قاله له طبيبي ، عندما أكون تحت وطأة نوبة الفزع ، أتصور إنني سوف أصاب بنوبة قلبية) .

يجب علي المعالج عند إعداد قائمة بالأفكار المرتبطة بمشكلة معينة أن يحاول إيجاد الصلة بين إحساس معين أو مجموعة أحاسيس وبين تفسيرات معينة ، وبالإمكان تحقيق ذلك من خلال إعداد قائمة بكل الأحاسيس التي مرت بالمريض أثناء المشكلة . ومن ثم يطلب المعالج من المريض تحديد الأفكار المعينة التي تتزامن مع أحاسيس معينة ومن الأمثلة على العلاقة بين أحاسيس معينة وأفكار معينة كما هو موضح في الجدول التالي :

أمثلة علي علاقة الأحاسيس ببعض الأفكار

الإحساس	الفكرة (التفسير)
خفقان	*سوف أصاب بنوبة قلبية، هناك مشكلة خطيرة في قلبي*
صعوبة في التنفس	*سوف تتوقف عملية التنفس لدي واختنق وأموت*
شعور بالدوار، شعور بالدوخة	*سوف أصاب بحالة إغماء ثم اسقط على الأرض وأموت*
أفكار غير عادية وصعوبة في التفكير	*سوف أصاب بالجنون*

٢- استخدام التخيل أو لعب الأدوار لإعادة الخبرة الانفعالية

عندما لا يستطيع المعالج استخدام الأسئلة البسيطة المباشرة إثارة الأفكار التلقائية ، فمن الممكن أن يطلب من المريض تمثيل الموقف أو تخيله ، وفي حالة كون الموقف عبارة عن تفاعل مع آخرين فبالإمكان الاستعانة بعدد مناسب من الناس للعب الأدوار إلى جانب المريض. يستطيع المعالج استخدام التعليمات التالية لمساعدة المريض على تخيل خبرة انفعالية مرت عليه:

يبدو أنك تجد صعوبة في تذكر ما حدث لك وفي تذكر الأفكار التي كانت تدور في ذهنك آنذاك ، وقد وجدت عندما يحدث مثل ذلك أن من المفيد أحياناً أن يقوم الناس بتصور أنفسهم بأكبر قدر من الوضوح عندما كانوا في الموقف المطلوب ثم استعراض هذه الصورة كما يحدث عندما تقوم بعرض فيلم ما وقبل أن تبدأ بذلك أود أولاً أن أعطيك تمرين بسيط يساعدك على التخيل الواضح (يطلب المعالج من المريض أن يتخيل شيء محايد ، تفاحة ، أو وردة ويطلب منه أن يعطي إشارة معينة عندما يتخيل ما هو بصدد تخيله بوضوح ، ثم بعد ذلك يتأكد من أن الشخص يرى الشيء فعلاً أم لا باستخدام بعض الأسئلة مثل ": هل الأوراق ملتفة؟ .... الخ " والآن، بعد أن تدربت على التخيل أود منك أن تتخيل نفسك في الموقف التي تحدثنا عنه وخصوصاً اللحظة التي لاحظت فيها أنك بدأت تحس بالقلق. وعندما تتخيل ذلك صف لي باختصار ما ترى . (المريض يصف المنظر) الآن استمر في التخيل ببطء ولاحظ باستمرار ما يحدث، وكيف تشعر وما الذي يجول في ذهنك. ماذا ترى الآن ؟ فيما كنت تفكر في اللحظة التي شعرت فيها فجأة بتزايد القلق لديك؟

عندما يكون الموقف عبارة عن علاقة بينشخصية (كمجابهة مع شخص ما في العمل .... مثلاً) ففي الغالب يكون لعب الأدوار أكثر فائدة من التخيل. بعد الحصول على وصف واف لسلوك الشخص الذي حدث معه الموقف يقوم المعالج بلعب دور ذلك الشخص بينما يقوم المريض بدوره هو .

٣- تحديد معنى الحادثة

في بعض الأحيان لا يستطيع المعالج إثارة الأفكار التلقائية باستخدام الطريقتين السابقتين. وفي مثل هذه الحالات يجب عليه أن يحاول باستخدام الأسئلة التعرف على ما تعنيه الحادثة بالتحديد بالنسبة للمريض على سبيل المثال :

المعالج: أنت لست متأكدا بالضبط عن ما كنت تفكر فيه أثناء (الموقف). ما الذي يعينه الموقف بالنسبة لك إذا ما فكرت فيه الآن ؟ (إذا فشلت هذه المحاولة فبإمكان المعالج إعطاء المريض فكرة عن الأفكار المراد التوصل إليها مثلا (الأفكار التي صاحبت القلق المرتبط بإدراك الخطر ، الأفكار التي تصاحب الشعور بالذنب المرتبط باعتقادك بأنك قد ارتكبت خطأ ما ، الأفكار المصاحبة للغضب المرتبط بإدراكك بأن الآخرين لم يراعوا إحدى القواعد التي تتمسك بها حول الخطأ والصواب....... الخ) (Clark,1991)

وعلى الجانب الأخر قد تواجه، خلال مساعدة المرضى على التعرف على أفكارهم، بعض المرضى الذين لا يجدون صعوبة في التعرف على أفكارهم وفي إدراك أنها تلعب دورا رئيسيا في ظهور الأعراض لديهم وربما ينتقدون أنفسهم لأن تفكيرهم جلب لهم المتاعب . أحيانا يشعر هؤلاء المرضى باليأس وفقدان السيطرة على أنفسهم لأنهم ساعدوا على ظهور المشكلة ويلومون أنفسهم على ذلك. ويعتبر إدراك المرضى لهذه العلاقة فرصة مواتية لكي يتدخل المعالج ويشير إلى أن هناك جانب إيجابي في ما حدث.

المعالج:تقصد إنك إذا بدأت تفكر (سوف لن أكون على ما يرام) فإن ذلك يجعل الأعراض تظهر عليك؟)

المريض: نعم ...... شيء مضحك أجلب الأعراض لنفسي. هل يعتقد أي شخص إنني استمتع بهذا الشعور؟.

المعالج: أنا متأكد أنك لا تستمتع بذلك ولكنك الآن في وضع جيد لأنك أدركت أن الطريقة التي تفكر به تؤثر على ما تشعر به (Kirk,1991) .

تحديد الافتراضات والاعتقادات الأساسية غير الفعالة

بعد أن يتعلم المريض كيف يحدد ويتحدى الأفكار التلقائية السلبية يتحول التركيز إلى التعامل مع الافتراضات والاعتقادات الأساسية غير الفعالة التي تقوم عليها الأفكار السلبية ولهذه الافتراضات خصائص (انظر ما نكر عن خصائص المخطوطة في الباب الأول) معينة وواضحة :

١- أنها لا تنسجم مع الطبيعة الإنسانية: اعتقاد المريض "يجب أن أكون قوياً تحت كل الظروف " يتناقض مع الإمكانيات المحدودة للإنسان وعلى هذا الأساس فإنه افتراض غير معقول .

٢- تكون متصلبة ، معممة ومتطرفة ، لا تراعي تفاوت الظروف .

٣- تمنع بدلاً من أن تساعد في تحقيق الأهداف ، كما يحدث بالنسبة للشخص الذي يمنعه بحثه عن الكمال من ممارسة الكثير من الأشياء.

٤- تصاحب مخالفتها بانفعالات متطرفة وشديدة ، على سبيل المثال الاكتئاب بدلاً من الحزن ، أو الفرح الشديد بدلاً من الشعور المعقول بالسعادة .

٥- لا تتأثر إلى حد كبير بالخبرات العادية ، وذلك لأنها على الرغم من أن الفرد يتصرف وكأنها حقيقة تكون إلى حد كبير لا شعورية ، كما أن تركها يصاحب بالتفكير في مخاطر يصعب تحملها على سبيل المثال "إذا توقفت عن وضع الآخرين قبلي دائماً ، فلن يحبني أحد" .

تحديد الافتراضات غير الفعالة والاعتقادات الأساسية أصعب من تحديد الأفكار التلقائية السلبية لأنها عبارة عن قواعد معممة ومن المحتمل أنها لم تصغ بعبارات معينة وهكذا ربما كان من الأنسب أحياناً الاستدلال عليها بدلاً من محاولة ملاحظتها من خلال ما يلي :

١- مواضيع عامة

تبرز من خلال العلاج ، مثل استحواذ ضرورة أداء كل شيء بصورة

جيدة على تفكير المريض أو انشغاله المبالغ فيه حول الرفض من قبل الآخرين .

٢- التشويهات الاستعرافية في الأفكار التلقائية

والتي قد تعكس الأخطاء الموجودة في الافتراضات التحتية، مثل ثنائية التفكير "إذا تخاصمنا مرة أخرى غادرت المنزل" (الفكرة) "إذا لم توافق مع شخص ما فلا جدوى من تكوين علاقة معه" (افتراض) .

٣- الشمولية في تقييم الذات

استخدام كلمات مثل: "غبي" أ و "ضعيف" قد تعكس معايير سلوكية موجودة لدى المريض قد لا تبرز مباشرة خلال الجلسات.

٤- الذكريات

يتذكر بعض الناس بوضوح الخبرات التي مروا بها خلال طفولتهم وأحيانا يكون هنالك نوع من الشبه بين تلك الذكريات وبين اعتقادات الفرد الحالية. تعتقد إحدى المريضات أنه من الضروري الإذعان لرغبات الآخرين بدون استثناء. ومن بين الذكريات التي لا تزال عالقة بذهن هذه المرأة منظر أمها وهي تغادر المنزل وتقول لها مهددة أنها لن تحبها إن لم تفعل ما تؤمر به. ومع أن هذه المريضة في الأربعينات الآن لا زالت تصاب بخيبة أمل شديدة إذا ما لاحظت أي مؤشر على عدم استحسان شخص ما لها. ومن الأسئلة التي تفيد في تحديد الذكريات هل سبق وأن شعرت بهذا الشعور من قبل ؟ "هل يذكرك هذا بشيء في الماضي؟"

٥- الفرح الشديد

الفرح الشديد يشير إلى أن افتراض المريض قد أشبع ، والانخفاض الشديد في الحالة المزاجية يشير إلى أن الأمور تسير في الاتجاه المعاكس للافتراض . الشخص الذي يعتقد أنه من الضروري أن يكون محبوبا من قبل كل الناس قد يشعر بفرح شديد إذا ما لاحظ أنه نال استحسان شخص

ما (المبالغة في الفرح) (Fennell,1991) .

٦- فنية السهم المتجه إلى أسفل

في هذه الفنية تحدد المشكلة بالطريقة المعتادة وكذلك الانفعالات غير السارة والأفكار السلبية المتعلقة بالمشكلة ، وبدلاً من تحدي الأفكار نفسها يسأل المعالج : أفترض أن هذا صحيح ، ماذا يعني الأمر بالنسبة لك ؟، وأسئلة مشابهة ؛

ما الشيء الذي من الممكن أن نعرفه عنك من خلال ما حدث ؟ وما الذي يحدث بعد ذلك ؟. تكرر هذه الأسئلة حتى يتمكن المعالج من التوصل إلى افتراض عام أو اعتقاد أساسي مرتبط مباشرة بالمشكلة. وفيما يلي توضيح لذلك :**الموقف**؛ جلسة مع معالج ذكر بأنه لم يحس بتحسن في حالة وضع في نهاية الجلسة . **الانفعال**: شعور بالذنب ، قلق ، اكتئاب .

الأفكار: كانت جلسة علاجية فاشلة، لم تحقق أي شيء:

افترض أن ذلك صحيحاً ، ما لذي يعينه ذلك بالنسبة لك

⇩

المريض لم يشعر بتحسن

⇩

افترض أنه لم يفعل ، ماذا يعنى ذلك بالنسبة لك

⇩

لم أوفق في أداء واجبى

⇩

وإذا كان ذلك صحيحاً ، ماذا يعني بالنسبة لك

⇩

إننى معالج غير كفء

⇩

افترض أنك معالج غير كفء ، ماذا بعد

⇩

سوف يكتشف أمري طال الزمن أو قصر

⇩

وماذا تعني "يكتشف أمري"

⇩

سيعرف كل شخص إنني غير كفء(اعتقاد أساسي) وينظر إلي باحتقار، هذه الحادثة تثبت أن النجاحات التي حققتها كانت مجرد حظ .

الافتراض غير الفعّال : (فكرتي الإيجابية عن نفسي وأفكار الناس الإيجابية عني مشروطة بنجاحي في كل ما أقوم به) (Burns in Fennell, 1991).

٢- التجـــــــــــنـــــــــب

يعتبر تجنب الانفعالات السلبية من الأسباب الرئيسة لاستمرار المشكلات التي يشكو منها المرضى. وتشتمل معظم الخطط العلاجية على خطوات للتخلـــص من ذلك. لذا يعمد المعالج إلي محاولة الحصول على وصف مفصل لما يتجنبه المريض.ومن الممكن البدء في مناقشـــة التجنب السلبي بطرح أسئلة مثل (مـــا الشيء الذي توقفت عن ممارسته؟، أو ما الأماكن التي توقفت عن الذهاب إليها بسبب ذلك؟) وبالإمكان البدء في مناقشة التجنب الفعال بأسئلة مثل (هل هنـــاك نشاطات معينة بدأت ممارستها ،أو القيام بها بطريقة مختلفة بسبب المشكلة ؟) .

يضاف إلى ذلك أسئلة حول البيت والعلاقات الزوجية والأطفال والعمـــل والحياة الاجتماعية والهوايات والأنشطة للتعرف على ما إذا كانت قد تـــأثرت بعملية التجنب. في حالة إزمان المشكلة من المحتمل أن يجد المريض صعوبـــة في إدراك أثر التجنب على حياته وفي هذه الحالة من المفيد توجيه أسئلة مثـــل (كيف ستكون حياتك لو أنك لا تعاني من هذه المشكلة؟) لو اختفت المشكلة مـــا الشيء الذي تود عمله ولكنك لا تستطيع عمله الآن ؟ ومن الممكـــن أيضـــاً أن يستفيد المعالج من ثقافته العامة في صياغة أسئلة معينة على سبيل المثال؛ قـــد يتفادى المريض الذي يخاف على قلبه من ممارسة الأنشطة المجهدة نوعاً مـــا مثل صعود الدرج وقد يتفادى من يعاني من صعوبات في تنظيم كمية ما يأكل الكثير من الأكلات الدسمة لأسباب صحية .

لدى بعض المرضى مهارات جيدة في إيجاد طرق بارعة لتجنب المواقف حتى وأن بدأ للآخرين أنهم لا يفعلون ذلك؛ على سبيل المثال استمر شاب يعـــاني من الخوف الاجتماعي في الجلوس مع الآخرين ولكنه أصبح يتفادى الاتصـــال البصري بهم بصورة كلية تقريباً . وهذا يجعله يتفادى عدم إعجاب الأخرين به وتذمرهم منه : الشيء الذي يخاف أن يلمحه في عيونــــهم أو وجوهـــهم إذا نظـــــر إليهم .

وبعد ذلك يتحول التركيز إلى مناقشة أوسع حـــول المصـــادر المتوفـــرة

للمريض ومهاراته ونقاط القوة لديه . ويشتمل ذلك على أشياء متوفرة في بيئة المريض (زوجة أو زوج متعاون، وظيفة جيدة امتلاك منزل ... الخ) أو المهارات التي تسهل عملية التغيير مثل (الأشياء التي يجيد المريض عملها كمصدر لاحترام الذات) ونقاط القوة مثل المرح والتسامح والصبر والإصرار والدفء في العلاقات البينشخصية وهي عوامل تزيد من احتمال سرعة تحسن حالة المريض وتساعده في الالتزام بخطوات العلاج .

وبالإضافة إلى ذلك يحرص المعالج، قبل إعداد الصياغة الأولية للمشكلة، على التعرف على عدد من النقاط الهامة مثل تاريخ المريض الطبي والعقلي وأنواع العلاج التي تلقاها ومدى الاستفادة منها وعلى اعتقادات المريض حول المشكلة وعلاجها(يسأل المريض عما إذا كان يعتقد انه من الممكن إحداث تغيير في مشكلته وعن العوامل التي يعتقد أنها تساعد اكثر في التغلب على المشكلة). يعتقد بعض المرضى أن حالته لن تتحسن إلا باستخدام نوع معين من العلاج(الدوائي) مثلا، وفي هذه الحالة لابد من مناقشة ذلك معه قبل الشروع في العلاج الاستعرافي السلوكي. كما أنه من الصعب أن تتحسن حالة مريضة إذا كانت تعتقد أن زوجها سوف يتخلى عنها إذا ما أحس أن بإمكانها الاعتماد على نفسها (Kirk,1991) .

المراقبة الذاتية

يقصد بالمراقبة الذاتية، في العلاج الاستعرافي السلوكي، قيام المريض بملاحظة وتسجيل ما يقوم به، في مفكرة أو نماذج معدة مسبقا من المعالج، وفقا لطبيعة مشكلة المريض (Fennel, 1991) . ويحرص المعالج الاستعرافي السلوكي على البدء في استخدام المراقبة الذاتية بأسرع وقت ممكن خلال عملية التقويم لكي يتمكن من التعرف على مشكلة المريض بشكل يسمح له بإعداد صياغة لمشكلة المريض والاستمرار في استخدامها لمتابعة العملية العلاجية

. (Salkovskis & Kirk,1991 ; Salkovskis,1991)

وبالإضافة إلى ضرورة استخدام المراقبة الذاتية للتوصل إلى صياغة مقبولة لمشكلة المريض فان المراقبة الذاتية تؤدى في الغالب إلى انخفاض معدل تكرار السلوكيات غير المرغوب فيها لدى المريض (Kirk, 1991) وتقدم أدلة تحد من ميل المريض إلى تذكر فشله بدلا تذكر نجاحاته (Butler, 1991).

وهناك العديد من أنواع المعلومات المختلفة التي من الممكن مراقبتها. وفيما يلي أمثلة لبعض ما يمكن مراقبته ذاتيا:

<u>تكرار السلوك: تستخدم المراقبة الذاتية بشكل واسع للتعرف على تكرار السلوكيات التي يستطيع المريض عدها،</u> على سبيل المثال: عدد الزيارات الأسبوعية للطبيب، عدد الأفكار الناقدة ، عدد الشعيرات التي سحبها المريض من جسمه، عدد نوبات الفزع ، وعدد الخلافات مع الزوج أو الزوجة. وبالإمكان تسجيل ذلك في (مفكرة) دفتر اليوميات أو في كرت ..... الخ وبالنسبة للمشاكل التي تحدث بكثرة من الممكن استخدام عداد آلي (مثل العدادات التي تستخدم في بعض الألعاب الرياضية).

كما أنه من الممكن التعرف على تكرار سلوك معين من خلال قياس سلوكيات مرتبطة به؛ التعرف على تكرار غسل اليدين لدى مريض الوساوس القهرية من خلال التعرف على كمية الصابون المستهلكة(Salkovskis & Kirk,1991).

<u>استمرار المشكلة:</u> تسجيل مدة استمرار الحادثة أو السلوك ، ومن الأمثلة على ذلك : المدة التي قضاها من يعاني من الخوف من الأماكن المفتوحة خارج البيت ، المدة التي قضاها المريض في غسل يديه ، المدة التي قضاها المريض في المذاكرة.

<u>التقدير الذاتي</u> للحالة الانفعالية: ويطلب من المريض في هذه الحالة تقدير درجة ما يشعر به على مقياس (من ١ إلى ١٠). وبالإمكان اختيار طريقة التقدير

وفقا لطبيعة المشكلة: فإذا كانت المشكلة(الحادثة) تحـــدث بصـــورة متقطعـ ومتباعدة فمن الممكن أن يطلب من المريض تقدير كل مرة تحدث فيها علـــ حدة، ومن الأمثلة على ذلك تقدير شدة الرغبة في التأكد من قفل البـــاب مثـــ بالنسبة لمن يعاني من الوسواس القهري ، أما إذا كانت المشكلة تحدث بشـــك متواصل أو بكثرة فمن الممكن أن يسجل ما يحدث في فترة معينة من اليـــوم يتم اختيارها أما لكونها مهمة بالنسبة للمشكلة (على ســـبيل المثـــال: تســـجي الأفكار الغير سارة عن السمنة خلال الساعة التي تعقب تناول وجبة غذائية) لأنها كافية للتعرف على ما يحدث خلال اليوم الكامل. قد يكون من الضرورة أحياناً استخدام مؤشرات معينة تذكر المريض بتسجيل ما هو مطلـــوب منـ تسجيله ، على سبيل المثال استخدام ساعة (النوع الذي يطلـــق صوتـــاً معين حسب توقيتها) للتذكير بالوقت .

ويفضل أن تتم عملية تسجيل ما هو مطلـــوب (ســـلوك، أفكـــار مشاعر) بعد حدوثه مباشرة كلما أمكن ذلك حتى يكوم بإمكان المريض تذكر حدث(Krik.1991).

ثانيا:الصياغة الأولية والصياغة المتقدمة المشكلة

التصور الاستعرافي السلوكي للمشكلة الذي يقوم المعالج بإعداده بصـــو مبدئية في الصياغة الأولية للمشكلة وفي الصياغة الأكثر شمولا التي قد تعـــ فيما بعد (الصياغة المتقدمة للمشكلة)، بعد الحصـــول علـــى مـــا يلـــزم مـــ معلومات، هو الإطار الذي يفهم المعالج مـــن خلالـــه المريـــض ومشـــكلا (Blackburn & twaddle,1996) وبالتالي فان الصياغـــة غـــير الدقيق للمشكلة تؤدى إلى التركيز على جوانب غير مهمة في مشكلة المريض وبالت عدم حدوث تحسن في حالته (Padesky & Greenberger,1995). يـــ المريض إلى العلاج ولديه الكثير من الأفكار التي تصاحب أوضاعه الانفعال ويجد نفسه، أمام هذه الأفكار، عاجزاً عن إيجاد أفكار بديلة فعالة ما لم تصـــ

كلة بطريقة تجعل المعالج والمريض قادرين على تحديد الاعتقاد عتقادات) الأساسية التي تنتج عنها الأفكار المثيرة للانفعالات السلبية لدى يض وبالتالي التركيز عليها ومساعدة المريض على استكشاف بدائل لها (Trowes,Casey and dryden,199.

الصياغة الأولية للمشكلة

ص المعالجون الاستعرافيون السلوكيون على الشروع في إعداد تصور شكلة في أول اتصال بالمريض يشتمل على بعض الفروض التي يضعها عالج حول مشكلة المريض(مبنية على ما هو متوفر من معلومات) يتم فيما التأكد من مدى صحتها في ضوء ما يستجد من معلومات. ويرى الكثير المعالجين الاستعرافيين السلوكيين انه من الضروري عرض تصور عالج للمشكلة على المريض و وعطائه الفرصة في ابداء رأيه يه(J.beck,1996). ويقوم المعالجون الاستعرافيون بإعداد صياغة أولية لمشكلة خلال المقابلات الأولى مع المريض مستقاة من وصف المريض لتطور المشكلة والموضوع (الفكرة) الأساسي البارز فيما يقوله حول مشكلته ومن أفكاره التلقائية واستجاباته الانفعالية المألوفة(Blackburn & Twaddle,1996).

على سبيل المثال ، حضرت للعلاج امرأة (٢٨ سنة) تعاني من الخوف ن الطيور منذ ٥ سنوات وفي نهاية مقابلة التقويم ، طرح المعالج تصوره المبدئي للمشكلة(الصياغة الأولية للمشكلة).

بدأت المعالجة بتقديم ملخص مختصر للمشكلة ، مع التركيز على الأعراض التي تظهر على المريضة عندما تكون أمام الطيور (أو الأشياء الأخرى المكسوة بالريش) وتفاديها المتزايد للأمكنة التي من الممكن أن تجد فيها طيوراً ثم انتقلت المناقشة إلى تطور المشكلة .

المعالجة : بدأت خبراتك غير السارة مع الطيور منذ وقت طويل، كما

فهمت. ومن تلك الخبرات ما أحسست به عند الحر عندما كنت صغيرة وخوفك الشديد عندما رأيتي طائرا ضخما في إحدى التمثيليات التي تعتمد على الإيحاء (صامتة) ثم مرت فترة طويلة قبل أن يعاودك الخوف مرة أخرى في فترة المراهقة عندما شاهدت فيلم (الطيور) .

انتقلتي حديثا إلى منزل جديد ، وعلى الرغم من أنك متزوجة منذ فترة طويلة هذه هي المرة الأولى التي اصبحتي فيها بعيدة عن أمك بحيث لا تستطيعين دعوتها للمساعدة كما كان يحدث من قبل .

وقد ظهرت المشكلة بشكل أكبر عندما دخلتي غرفة الجلوس ذات يوم في الصباح ووجدت بها طائرا يرفرف بجناحيه ، أصبتي بذعر وخرجتي مسرعة وأغلقتي الباب ، ولم تعودي حتى جاء زوجك وتخلص من الطير. ما حدث دعم الربط بين الطيور والقلق لديك. تعلم جسمك أن يستجيب بالخوف كلما رأيتي طائرا أو حتى فكرت في الذهاب إلى أماكن بها طيور . وعلى هذا الأساس فان هدفنا هو جعلك تستجيبين بطرق أخرى عندما تصادفين الطيور : أن نضعف عملية الربط بين الطيور والخزف. هل يبدو ذلك معقولا .

وللتخلص من المشكلة لابد من التعامل مع العوامل التي تساعد على استمرارها . وأعتقد أن هناك عاملين مهمين أحدهما يتمثل في تجنبك للمواقف التي قد تعرضك للطيور وتفادى هذه المواقف من العوامل الأساسية التي تقوّى هذا النوع من المخاوف . العامل المهم الأخر هو ما يحدث عندما تواجهين الطيور فعلا- الاحساسات الجسمية وما يصاحبها من أفكار. على سبيل المثال لاحظت سرعة ضربات قلبك وشعرت بدوار بسيط ثم قفزت إلى ذهنك الفكرة التالية " أشعر بقلق، سوف يغمى علىّ " ، " يستطيع الطير أن يعرف أنني خائفة " و " يجب أن أخرج من هنا " . هذه الأفكار ترفع مستوى القلق لديك ومن ثم تزداد الأعراض الفسيولوجية سوءا .

وبعد ذلك يطلب المعالج من المريض تلخيص النقاط الرئيسية التي وردت في صياغة المشكلة – إن المشكلة تتطور عندما يكون المريض في حالة تهيج،

إن ذلك عبارة عن استجابة متعلمة ، أن التجنب ساعد على استمرارها وما شابه ، يتبع ذلك المزيد من مناقشة خطة العلاج (Kirk,1991).

تحديد أهداف العلاج

بعد أن يتم إعداد الصياغة الاستعرافية السلوكية الأولية لمشكلة المريض لابد من الاتفاق (بين المعالج والمريض) على الأهداف التي يسعى الطرفين إلى تحقيقها من خلال العملية العلاجية. ولتحقيق الأهداف العامة التي يتمنى المريض إنجازها في نهاية العلاج لابد من تطوير أهداف قصيرة المدى، ممكنة التحقيق،تجعل المريض يدرك أنه من الممكن إحداث تغييرات إيجابية في وضعه تؤدى في نهاية الأمر إلى تحقيق الأهداف الأساسية التي جاء إلى العلاج بهدف تحقيقها (Berman,1997).

ولتحديد أهداف العلاج العديد من الفوائد (١) تبين للمريض ما يمكن تحقيقه خلال وبعد العلاج (٢) تدعم الطبيعة التعاونية للعلاج الاستعرافي السلوكي وتؤكد على أهمية التزام المريض بالخطة العلاجية (٣) تحول دون انحراف العملية العلاجية عن التعامل مع المشكلة الأساسية للمريض تتيح الفرصة لتقويم العلمية العلاجية و(٥) تهيئ المريض لإنهاء العلاج – ينتهي العلاج عندما تحقق (أو تتضح استحالة تحقق) أهداف العلاج باتباع الخطة العلاجية المستخدمة(Kirk,1991). وفيما يلي مثال توضيحي لوضع أهداف العلاج:

المعالج : حسنا، ما ألذى تود تحقيقه من العلاج ؟

المريض: أريد أن أكون شخصا سعيدا.

المعالج : ما الأشياء التي سوف تفعلها إذا أصبحت شخصا سعيدا ؟ .

المريض: أتابع دراستي، اكون علاقات اجتماعية، أمارس بعض الأنشطة التي كنت أمارسها من قبل.

المعالج : هذه أهداف ممتازة، ما رأيك في أن تكتب هذه الأهداف ويحتفظ كل منا بصورة منها ؟ .

ومن الممكن أن يطلب المعالج من المريض(كواجب منزلي) مراجعة هذه الأهداف وإضافة أهداف أخرى (إن وجدت) (J.Beck,1996).

وتجدر الإشارة إلى أنه من المفترض أن ينظر المعالج إلى هذه الأهداف نظرة تتصف بالمرونة بحيث يكون على استعداد لمناقشة تعديلها أو تغييرها مع المريض والقيام بذلك إذا دعت الحاجة اليه. ومن بين المؤشرات على أن الأهداف غير مناسبة وتحتاج إلى مراجعة عدم حدوث تحسن في المريض. ومن الأمثلة على ذلك كون الأهداف طموحة اكثر من اللزوم وتحتاج إلى أن تجزأ إلى أهداف أصغر (Berman,1997).

٢)الصياغة المتقدمة للمشكلة

وبعد جمع المزيد من المعلومات وتحديد الافتراضات والاعتقادات الأساسية لدى المريض يستطيع المعالج أن يجمع أفكاره بشكل منظم في التصور الاستعرافي للمشكلة (شكل رقم ١، ص، ١٣١) ليس من الضروري أن يتطابق أي تصور مع هذا الشكل ولكن المهم أن ينسجم التصور مع التفسير الاستعرافي للاضطراب الذي يتعامل معه المعالج (Blackburn & Twaddle,1996) و/أو في ملخص الحالة كما هو موضح في النموذج التالي) (J. Beck, 1995) :

ملخص الحالة(مثال)

اسم المعالج: اسم المريض:

التاريخ:

١- تعريف مختصر بالمريض: سامي (١٨) سنة طالب في الجامعة ويسكن في سكن الطلاب مع زميل آخر .

٢- التشخيص :

١- المحور الأول: اكتئاب رئيسي ، وحيد القطب ، متوسط

٢- المحور الثاني: لا يوجد اضطراب في الشخصية .

٣- المحور الثالث: لا يوجد أمراض جسمية

٤- المحور الرابع: شدة الضغوط النفس اجتماعية: متوسطة (مغادرة المنزل لأول مرة)

٥- المحور الخامس: التقويم العام للأداء : الحالي ٦٠% ، السنة الماضية ٨٥ %

٣-الاختبارات الموضوعية :

تسجل هنا أسماء المقاييس النفسية التي تم استخدامها(حسب مشكلة المريض) وتسجل درجات المريض على كل مقياس في كل مرة يقوم فيها بإكمال المقاييس.

الاتجاه العام لدرجات المقاييس (الاختبارات) :

٤- شكوى المريض والنشاطات التي يمارسها حاليا :

يشكو من الاكتئاب ، القلق ،صعوبة في التركيز ،انسحاب اجتماعي زيادة في ساعات النوم ، انتقاد للذات. يحضر المحاضرات ولكن يجد صعوبة في المذاكرة وإنجاز الواجبات. يحاول تجنب الاحتكاك مع زميله (مشكلة تجنب) .

٥- الجوانب النمائية للمريض:

أ/ التاريخ (العائلي ، الاجتماعي ، التعليمي ، الطبي ، النفسي والمهني):

- أصغر طفلين في عائلة متماسكة .
- يحتفظ دائما بعدد من الأصدقاء .
- درجات عادية (جيدة أحيانا) قلق خفيف حول الدرجات .
- لا توجد مشاكل صحية غير عادية ، ليس هناك أمراض نفسية سابقة

ب/ العلاقات مع الوالدين ، الأخوة ، الأقران والأشخاص الآخرين المهمين في حياته:

- كانت الأم ولا تزال شديدة الانتقاد لسامي ، كان الأب ولا يزال يقدم الدعم لسامي ولكن وجوده في المنزل محدود بحكم عمله .
- كانت علاقته مع أخيه جيدة على الرغم من أنه يكبره بخمس سنوات .
- كان يخاف من قسوة بعض المدرسين .

ج/ الحوادث والصدمات الهامة

- كثرة المجادلات بين الوالدين .

- مدرس شديد في الصف الثاني الابتدائي (كنت في حالة خوف شديد طيلة العام)
- انتقاد من قبل الأم .
- انتقاد للذات لعدم قدرته على أن يكون في مستوى أخيه .

٦- الجوانب الاستعرافية:

أ- النموذج الاستعرافي المناسب للمريض

١/المشكلات الحالية والمواقف التي تثير المشكلة لديه

- الدراسة وكتابة البحوث .
- حساسية في القاعات الدراسية وفي أوقات تأدية الامتحانات .
- انسحاب اجتماعي، عـــدم القدرة على تأكيد الذات مع الزمـــلاء والأساتذة.
- كثرة النوم .

٢ / الأفكار التلقائية والانفعالات والسلوكيات في هذه المواقف .

- لا أستطـــيع عمل هذا ، أنا فاشل ، لا يمكن أن أنجح هنا.
- الشعوربالحزن.
- ماذا لو رسبت في الامتحان ، ماذا لو لم أتلقى مساعدة من. المدرس، قد أرسب – الشعور بالقلق .

بـــ/الاعتقادات الأساسية

- أنا شخص ناقص/ غير كفء.

ج/ الاعتقادات المشروطة

- إذا لم يكن أدائي جيدا فهذا يعني إنني فشلت .
- إذا فشلت في الدراسة فأنا فاشل كشخص (شخص فاشل)

- إذا طلبت المساعدة فأنا شخص ضعيف .

ب/القواعد التي يطبقها (ويتوقعها) على نفسه وعلى الآخرين

- يجب أن يتناسب أدائي مع قدراتي .
- يجب أن أكون متفوقا

٧- دمج ووضع تصور للجوانب النمائية والاستعرافية:

أ/ مفهوم المريض لنفسه ونظرته للآخرين .

- يعتقد سامي أنه جيد في بعض الجوانب وضعيف (عاجز) في بعض الجوانب .
- يبالغ في تقديره (الإيجابي) لقدرات الآخرين (أخيه ، أصدقاؤه) ويقلل من تقديره لقدراته .

ب/التفاعل بين حوادث الحياة والجوانب الاستعرافية غير الإيجابية

- كثيرا ما يرى سامي نفسه كشخص غير كفء ، وقد ساهمت انتقادات أمه الشديدة له في تأكيد هذا الاعتقاد لديه، بالإضافة إلى أنه يقارن نفسه باستمرار بأخيه ودائما ما تكون المقارنة في صالح أخيه يستطيع (نظرا لأنه يكبره بخمس سنوات) عمل أي شيء تقريبا بصورة أفضل مما يستطيع هو.

جـ/أساليب المجابهة والاستراتيجيات التعويضية

- توقعات عالية لنفسه .
- يجهد نفسه في العمل .
- حرص زائد على تفادي الوقوع في الأخطاء.
- تفادي طلب المساعدة .

د/ تطور واستمرارية الاضطراب الحالي

- كان لمغادرة سامي منزل أهله ومواجهة بعض الصعوبات في المواد التي يدرسها في الجامعة دور كبير في ظهورالاكتئاب. قلل القلق من قدرته على الدراسة بصورة صحيحة، مما أدى به إلى المبالغة في انتقاده لذاته ومن ثم شعوره باليأس . انسحابه الاجتماعي وقلة نشاطاته الإيجابية ساهمت في تعكر مزاجه .

٨- القابلية للعلاج:

أ/ ملائمة الحالة للتدخلات الاستعرافية السلوكية (منخفض ، متوسط أو عالي – أضف ما تراه من ملاحظات) .

١- الثقافة النفسية: مرتفعة .
٢- الموضوعية: مرتفعة .
٣- الوعي : متوسط/ عالي.
٤- وجهة نظر المريض حول النموذج الاستعرافي السلوكي للمشكلة: متوسطة/عالية.
٥- إمكانية التوصل للأفكار التلقائية: متوسط
٦- القابلية للتكيف: عالية
٧- روح الفكاهة: منخفض.

ب/ دوافع المريض وتوقعاته وأهدافه الخاصة بالعلاج

- دوافع عالية ، توقعات غير واضحة للعلاج ولكنه أظهر استعداده لأن يلعب دورا أساسيا في علاج نفسه و يرغب في تحقيق الأهداف التالية:

- تحسين مستواه الدراسي .
- خفض القلق من الامتحانات .
- الاختلاط أكثر مع الناس .

- الاشتراك في أنشطة الجامعة .

جـ/ أهداف المعالج

- الإقلال من انتقاد المريض لنفسه .

- تدريبه على المهارات الاستعرافية الأساسية – سجل الأفكار التلقائية وما يلزم من الفنيات الاستعرافية السلوكية .

- قضاء وقت أقل في النوم .

- أساليب جديدة في الدراسة وكتابة البحوث.

د/ للصعوبات المتوقعة: لا يوجد .

- قد لا يتمكن المعالج من إكمال التصور الاستعرافي للمشكلة أو اكمال ملخص الحالة ولكنه يشعر انه في حاجة إليه في هذه الحالة يقوم بإكمال ما هو متوفر ويترك الخانة التي لم تتوفر المعلومات لاكمالها لوقت لاحق أو يكتب ما يعتقد، حسب معرفته للحالة، أنها الاجابة المناسبة ويضع بجانبها علامة استفهام حتى يتأكد من دقة ما افترضه.

(الشكل رقم ١) التصور الاستعرافي للمشكلة(مثال)

(العوامل المهيأة) العوامل التي أدت إلى زيادة قابلية المريضة للاضطراب النفسي

الخبرات المبكرة

- غياب الأب الذي ترك المنزل عندما كان عمر المريضة ٦ سنوات
- عدم رضا أمها عن الوضع وتذمرها من أن تقوم بتربيتها لوحدها
- لم تكن الأم متواجدة بما فيه الكفاية لابنتها.
- مشاكل مع عمها يصعب توقعها(متى تحدث)-كانت المريضة تحاول تهدئة الأمور
- لم تتح لها الفرصة لمناقشة وضع أبيها(مما أوحى للمريضة بأن الحديث عن الأمور المزعجة شئ غير مرغوب فيه).
- شعور المريضة المستمر بالضعف وعدم الأمان والحاجة إلى الحصول على التطمين من قبل الآخرين

⇩

تشكل الافتراضات والاعتقادات الأساسية(المغلوطة)

- يجب علي تهدئة الأمور، فإن لم أفعل تخلى الناس علي
- يجب أن أكون قادرة على التحكم في كل شئ، فإن لم افعل ذلك فقدت كل شئ
- يجب أن اعتمد على نفسي، لأن الآخرين سوف يخذلونني لو طلبت مساعدتهم
- أنا ضعيفة انفعاليا
- أنا غير محبوبة
- من الصعب معرفة ما قد يفعله الآخرون

⇩

(العوامل المرسبة)

الحوادث الحاسمة

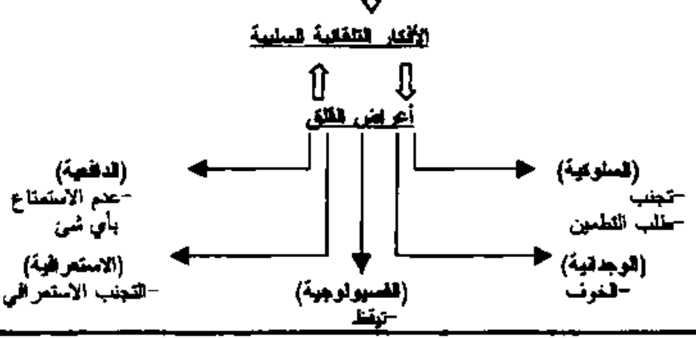
- مشكلات زواجية كبيرة
- مشكلات مالية

⇩

تنشيط الافتراضات والاعتقادات الأساسية

(العوامل التي تساعد لاستمرار المشكلة)

⇩



الفصل السابع: الأسئلة السوقراطية والاكتشاف الموجه

Socratic Questioning and Guided Discover

العلاقة العلاجية في العلاج الاستعرافي السلوكي تختلف نوعاً ما عن العلاقة العلاجية في الكثير من أنواع العلاج النفسي الأخرى ، كما أشير إلى ذلك في الجزء المخصص لهذا الموضوع في هذا الكتاب .

العلاج الاستعرافي السلوكي عملية تجريبية تعاونية (Collaborative empiricism) يشترك فيها المعالج والمريض في وضع أهداف العلاج وجدول أعمال كل جلسة وجمع الأدلة المنظم لصالح أو ضد اعتقادات المريض بطريقة تشبه الطريقة العلمية لفحص الفروض (Beck, In Robins & Hayes, 1993) . ويتم فحص هذه الفروض باستخدام الأسئلة السوقراطية(نسبة الى سقراط) من قبل المعالج بدلاً من التحدي المباشر لأفكار المريض واعتقاداته إلى جانب الفنيات الاستعرافية السلوكية الأخرى (Robins and Hayes, 1993) .

يبدأ المعالج باستخدام الأسئلة السوقراطية مع بداية العلاج ويستمر في ذلك طيلة الجلسات العلاجية حتى نهاية العلاج. وإلى جانب هذه الفنية الأساسية يطرح المعالج أسئلة مباشرة لجمع معلومات حول تكرار وشدة وديمومة (مدة) المشكلة وتدخلات أخرى مثل العكس (Reflection) والإيضاح والتغذية الراجعة ، وتثقيف المريض حول النموذج الاستعرافي وحول ما يفيده في التغلب على مشكلته ثم يبدأ أو يعود إلى استخدام الأسئلة السوقراطية. وتستخدم الأسئلة السوقراطية بأسلوبين مختلفين تبعاً لظروف المريض وظروف المعالج .

في الأسلوب الأول يقدم المعالج وجهة النظر البديلة على المريض مباشرة كأن يشير إلى عدم التناسق ووجود أخطاء في التفكير ويسأل المريض عن مدى موافقته وفهمه لذلك أما في الأسلوب الثاني فيكون الهدف من الأسئلة

السوقراطية :

١-توجيه المريض إلى تفحص جوانب وضعها (المريض) خارج نطاق الفحص

والتدقيق .

٢- مساعدة المريض في اكتشاف خيارات وحلول لم يأخذها بعين الاعتبار من قبل .

٣- تعويد المريض على التروي والتفكير وطرح الأسئلة (على نفسه) في مقابل الاندفاع التلقائي وتمكينه بذلك من البدء في تقويم اعتقاداته وأفكاره المختلفة بموضوعية (Beck, Wright, Newman and liese. 1993) .

ويعتبر الأسلوب الأول أقل فائدة من الأسلوب الثاني لأن فيه انتهاك للقاعدة التجريبية التعاونية التي تعتبر من أساسيات العلاج الاستعرافي السلوكي (J. Beck. 1995) ولكن قد يضطر المعالج الى استخدامه (والاستفادة منه) إذا لاحظ أن الأسئلة السوقراطية التي ترمي إلى أن يكتشف المريض بنفسه (الاكتشاف الموجه) المعلومات الغائبة عنه في الوقت الراهن ومن ثم يتفحص اعتقاداته في ضوء ما تم اكتشافه تحدث إرباك للمريض,(Beck, Wright, Newman and liese, 1993). ولتوضيح ذلك سوف نورد هنا مثال للأسلوب الأول لتوضيح نقاط القصور فيه ثم نتعرض بشيء من التفصيل لتعريف ومراحل الأسلوب الثاني الجيد والأكثر فائدة والأطول أثراً على المريض .

مثال للأسلوب الأول :

المريض : أنا فاشل بما تعنيه هذه الكلمة .

المعالج: يبدو وكأنك محبط جداً عندما قلت ذلك هل تشعر بالإحباط ؟

المريض : نعم أنا شخص لا خير فيه .

المعـــالج: تقول أنك شخص لا خير فيه ، هل يمكن القول بأنك لم تقم بـــأي شيء مفيد طيلة حياتك ؟

المريض : لم أقم بأي شيء مهم .

المعـــالج: ماذا عن أي شيء لأطفالك هذا الأسبوع ؟ هـــل أظـــهرت لـــهم محبتك بشكل أو بآخر ؟

المريض : نعم ساعدت زوجتي في تنويمهم وأخذتهم إلى تمرين كرة قدم .

المعـــالج: هل تعتقد أن هذا شيء مهم بالنسبة لهم ؟

المريض : اعتقد ذلك .

المعـــالج: هل قمت بأي شيء تحبه زوجتك هذا الأسبوع ؟

المريض : أعجبها أنني عدت إلى البيت من العمل في الوقت المناسب .

المعـــالج: هل بإمكان الشخص الفاشل الاستجابة لطلب زوجته بهذه الطريقة الايجابية ؟

المريض : أعتقد لا .

المعـــالج: إذن ، هل قولك بأنك شخص فاشل بالمرة حكم دقيق ؟

المريض : لا.

المعالج : كيف تشعر الآن ؟

المريض : أعتقد أفضل قليلاً مما كنت .

في هذا المثال حاول المعالج إظهار عـــدم دقة أفكار المريض مباشـــرة ، وهو أسلوب ليس سيئاً بالمرة ؛ سأل المعالج المريض أسئلة معقولـــة وحـــدث اكتشاف محدود ، ويبدو أن المريض استفاد منها بشكل أو بآخر ولكـــن هـــذه الطريقة ليست الطريقة المثلى. طرح المعالج أسئلة معينة لكي يشير فيما بعـــد إلى أن اعتقاد المريض بأنه فاشـــل غير دقيق ، أو بمعنـــى آخـــر كـــان

المعالج يعرف الإجابة (الحل) ، ووجه المريض للعثور عليها وهكذا لم يترك للمريض اكتشاف ذلك بنفسه وهذا يتنافى مع الطبيعة التجريبية التعاونية للعلاج الاستعرافي السلوكي . توصل المعالج لحل مشكلة المريض من وجهة نظره وهناك احتمال في أن يتمكن المريض، لو أتيحت له الفرصة، من التوصل إلى حل آخر يناسبه أكثر من تلك الحلول التي تأتيه من الخارج .

باختصار يبدو من هذا المثال أن المعالج يحاول إظهار جوانب العجز لدى المريض وليس مساعدته على الاكتشاف (padesky, 1993 ; Wills & Sanders,1997) .

ما هي إذن الأسئلة السوقراطية الجيدة ؟. الأسئلة السوقراطية الجيدة هي تلك التي توجه المريض إلى اكتشاف (استرجاع) معلومات لم تكن متوفرة له في الوقت الراهن واستخدامها في إعادة تقويم الاعتقادات الموجودة لديه قبل اكتشاف هذه المعلومات. ويمكن تعريف الأسئلة السوقراطية الجيدة بأنها تلك الأسئلة التي :

١- يكون لدى المريض المعلومات اللازمة للإجابة عنها. ومع أن هذه الخاصية تبدو واضحة وسهلة التطبيق إلا أنها قد لا تكون دائما كذلك: على سبيل المثال قد تطرح أسئلة تكون الإجابة عنها ضمن الذخيرة المعلوماتية للمريض ولكن المريض لا يعرفها. فقد يسأل المعالج مريض لا يعي انفعالاته – بماذا يشعر الآن ، فلا يستطيع الإجابة عن ذلك – والسؤال الملائم في مثل هذه الحالة هو : هل لاحظت أي توتر أو تغير فيك (في جسمك) عندما تحدثنا عن أبيك ؟

٢- توجه انتباه المريض إلى معلومات لها علاقة بموضوع النقاش ولكنها غائبة عن تركيز المريض في الوقت الراهن .

قد يسأل المعالج أسئلة عديدة غير مرتبطة بما يقلق المريض أو يطرح أسئلة لأن هناك جانب من تاريخ المريض يثير اهتمامه (المعالج) حتى لو لم يكن ذلك مهماً بالنسبة لما يراد التعامل معه . ما هي المعلومات ذات

العلاقة الخارجة عن نطاق تركيز المريض ؟. تؤكد العديد من الدراسات إلى أننا نفكر في أشياء مرتبطة وداعمة لأفكارنا ومشاعرنا الحالية . فإذا كان الفرد مكتئباً تذكر (استدعى) الخبرات الاكتئابية وإذا كان الفرد يعتقد أنه شخص ناجح كان تذكره للنجاحات التي حققها أسهل من تذكره لمرات الفشل ومع ذلك لدينا القدرة على استرجاع معلومات تتناقض مع أفكارنا ومشاعرنا الراهنة إذا ما توفر مثير (على شكل سؤال – مثلاً) يساعدنا على الوصول إلى هذه المعلومات . والأسئلة السوقراطية الجيدة تثير هذه المعلومات الممكن استرجاعها والتي لها علاقة بوضع المريض الحالي ولكنه يجد صعوبة في تذكرها دون مساعدة . المعالج الاستعرافي السلوكي إذن يقوم بدور فعّال في مساعدة المريض على استرجاع المعلومات التي تفيده في تعامله الناجح مع مشكلته .

٣- يتم التحول (التنقل) فيها من التركيز على الأشياء المحددة إلى التركيز على الأشياء المجردة لكي يستطيع المريض في النهاية تطبيق المعلومات الجديدة في إعادة النظر في اعتقاداته القديمة التي ساهمت في تطور مشكلته .

بصورة عامة من الأفضل البدء بأسئلة محددة تساعد على تحديد مشكلة المريض من خلال طلب أمثلة واضحة عنها لكي يتأكد المعالج أنه والمريض يتحدثان عن الشيء نفسه. إذا أشار المريض مثلاً إلى أنه شخص لا خير فيه (فاشل) كما في المثال السابق فيجب أن تطلب منه تحديد ماذا يقصد بذلك ، ماذا تعني بأنك شخص لا خير فيه ؟ استخدام الأسئلة المحددة يفيد أيضاً في مساعدة المعالج والمريض على تفحص اعتقادات وأحكام محددة وفي فهم الاستجابات الانفعالية في موقف معين . وبعد استكشاف ما حدث في موقف معين تؤدي الأسئلة السوقراطية الجيدة إلى اكتشاف أو تعلم شيء من خلال استبدال الأسئلة المحددة بأسئلة مجردة. يسأل المعالج أسئلة تساعد المريض على تعلم شيء من المناقشة واستنتاج الكيفية التي تمكنه من إجراء المزيد من الفحص للأفكار الجديدة ، كأن يقوم بتطوير واجبات منزلية خاصة به (يلاحظ أكثر ، يقوم بتجارب سلوكية) .

٤- يستطيع المريض ،بعد استخدامها، تطبيق المعلومات الجديدة أما لإعــادة تقويم حكم سابق أو لتكوين أفكار جديدة (Padesky, 1993) .

الهدف النهائي من الأسئلة السوقراطية والاكتشاف الموجه هــو مســاعدة المريض على استخدام المعلومات التي تم اكتشافها (استرجاعها) في إعــادة تقويم أحكام سابقة أو تكوين أفكــار جديــدة . ولكــي تــؤدي الأســئلة السوقراطية إلى اكتشاف معلومات جديدة وإلى فهمها وتطبيقها فــي حيــاة المريض ولكي يحصل على أكبر قدر ممكن من الفائدة منها من المفضــل مراعاة المراحل التالية في عملية الاكتشاف الموجه من خــلال الأســئلة السوقراطية .

مراحل الاكتشاف الموجه باستخدام الأسئلة السوقراطية

١- طرح عدد من الأسئلة بهدف اكتشاف معلومات وثيقــة الصلــة بمشــكلة المريض ولكنها خارجة عن نطاق وعيه في الوقت الراهن .

تطرح الأسئلة هنا طبقاً لما ورد في تعريف الأسئلة السوقراطية الجيدة .

٢-الاستماع الجيد وعكس ما يسمعه المعالج على المريض:

يتضمن الاستماع الجيد توقــع سماع شيء غير متوقــع (مفاجــأة) إذا لــم تحمل إجابات المريض أشياء غير متوقعة (تفاجئ المعــالج) فقــد تكــون الأسئلة التي طرحها المعالج غير ملائمة أو أن المعالج لم يستمع جيداً لمــا قاله المريض. وهناك وظيفة أخــرى للاستماع الجيد إلــى جــانب فــهم المريض.......... استمع للكلمات ولاحظ ردود فعل المريض الانفعاليــة ، استمع للكلمات التي قصد بها المريض معان غير معناها الأصلي (الكــلام المجازي)(استعمال اللفظ في معنى غير المعنى الذي وضع له في اصــل اللغــة مــع وجــود علاقــة بيــن المعنــى الأصلــي والمعنــى الجديد(دعكور،١٩٩١،ص ١٤٣)) وكوّن لها صور ذهنيــة فــي عقلــك ، أبحث عن الكلمات التي وضعت في غير محلها في كلام المريض.

الاستماع لهذه الأجزاء غير المتوقعة من كلام المريض وعكسها تزيد من شدة انفعالات المريض وتسهل عملية الوصول بسرعة إلى المخطوطة غير الفعالة لدى المريض .

٣- تقديم ملخصات متتالية للمعلومات المكتشفة :

في الأسئلة السوقراطية تكتشف (تسترجع) معلومات جديدة وتناقش وتكون درجة انفعال المريض مرتفعة أو يكون غير متأكد من السبب وراء طرحك لأسئلة معينة لذا لا بد وأن يقوم المعالج بتلخيص لأهم ما قاله المريض كل بضع دقائق ، وكتابة هذه الملخصات من قبل المعالج ومن قبل المريض للنظر فيها فيما بعد. الملخص أيضاً يكشف عما إذا كان فهمك لما يدور يختلف عن فهم المريض له، ويوفر الملخص كذلك الفرصة للمريض لكي ينظر إلى المعلومات الجديدة كوحدة بدلاً من النظر إليها كأجزاء متفرقة .

٤-أسئلة رابطة (synthesizing) بهدف حث المريض على النظر في اعتقاداته الأصلية في ضوء المعلومات التي تمت مناقشتها .

بعد اكتشاف المعلومات الجديدة واستكشاف المعاني الشخصية (معناها بالنسبة للمريض) وتقديم الملخصات تنتهي عملية الأسئلة السوقراطية بطرح أسئلة رابطة أو تحليلية تدور حول علاقة المعلومات الجديدة باعتقادات المريض الأصلية (الموجودة لديه قبل الجلسة) مثل :

فلان .... كيف تتوائم هذه المعلومات الجديدة مع اعتقادك بأنك شخص فاشل ؟

الأسئلة الرابطة أو التحليلية هي الفرصة الأخيرة للمريض في الجلسة لاكتشاف شيء لم يكن يتوقعه .

<u>وسوف نورد فيما يلي</u> :

١-نماذج للأسئلة السوقراطية

٢- مثال توضيحي لاستخدام الأسئلة السوقراطية بهدف مساعدة المريض على اكتشاف المعلومات والاستفادة منها .

٣- أمثلة مختلفة لاستخدام الأسئلة السوقراطية

١- نماذج للأسئلة السوقراطية :

هل سبق وأن مررت بخبرة مشابهة؛ ماذا فعلت؛ ماذا كانت النتيجة؟ ما الذي تعرفه الآن ولم تكن تعرفه آنذاك؟ ما النصيحة التي ستقدمها لصديق يمر بنفس الموقف ؟ بالإضافة للأسئلة التي سوف ترد في الجزء الخاص بإكمال أعمدة سجل الأفكار في هذا الكتاب .

٢- مثال توضيحي لاستخدام الأسئلة السوقراطية (الاسلوب الثاني) بهدف مساعدة المريض على اكتشاف المعلومات والاستفادة منها .

مريض يشعر بالاكتئاب ولديه صورة متدنية للذات، بعد أن وجه له أبوه انتقادات شديدة :

المعالج : كم درجة تصديقك بـ (إذا لم أستطع نيل استحسان أبي فلن يكون بمقدوري الحصول على استحسان أي شخص؟)

المريض : نسبة مئوية .

المعالج : نعم

المريض : ٨٠ %

المعالج : يبدو أنك تصدق بذلك بدرجة كبيرة،هل بالإمكان إيضاح ذلك؟. كيف تكون قدرتك على نيل استحسان أبيك هي المقياس لقدرتك على كسب استحسان الناس الآخرين ؟

المريض : لديه تعريف محدد للصواب ....يعتقد أن لديه معرفة بما يجب أن يقال وما لا يجب أن يقال ويمارس .

المعالج : لدى أبيك إذا القدرة على تحديد ما هو المناسب وما هو غير

المناسب

المريض : هو حكم جيد

المعالج : هذا مبنى على قوله أنه يعرف

المريض : كلامه صحيح

المعالج : ما الذي يجعلك تعتقد أن كلامه صحيح .... هل فعلاً كانت أحكامه على الناس جيدة ؟

المريض : لا .... لا.......... هو يعتقد أن كلامه صحيح ، لديه فطنة في بعض الأمور، حقق إنجازات مهمة ، وإذا نظرت إلى كل ذلك .... أقول لنفسي لابد وأن استمع جيداً لكلامه ... كلامه ليس خطأ .

المعالج : تعتقد إذن أن تقييم أبيك لك وللآخرين صحيح ويبدو أنك تصدق ما قاله عنك وأنك إذا لم تنل استحسانه فلن تنال استحسان أحد، وحيث أنك لم تقم بأشياء تحوز على رضاه فهذا يعني أنك ابن سيئ.

المريض : نعم

المعالج : دعني أسألك، هل ينال الكثير من الناس على إعجاب أبيك بهم ؟

المريض : لا ...... إرضائه صعب .

المعالج : إرضائه صعب

المريض : ينتقد عدد كبير من الناس ... يرى أنهم أقل مما يجب .

المعالج : كم من الناس ، من الذين يعرفهم ، يعتقد أبوك أنهم ممتازين ؟

المريض : ممتازين حقاً ...... ممتازين حقاً .

المعالج : نعم من بين أفراد العائلة أو من بين الناس المحيطين به ؟

المريض : عدد قليل ..... هو معجب بأحد أصدقائه .

المعالج : هل هذا هو الشخص الوحيد الذي نال إعجاب أبوك ؟
المريض : هذا سؤال صعب ... هناك صديق آخر يحظى بتقديره أيضاً .
المعالج : صديقين إذا ؟
المريض : نعم
المعالج : هل يعرف أبوك عدد كبير من الناس ؟ هل لديكم الكثير من الأقارب......... جيران ...... يعرفهم ؟
المريض : نعم
المعالج : كم عددهم ؟
المريض : في عمله... أقارب كثيرين ... يحتك بعدد كبير من الناس
المعالج : ١٠ ، ٥٠، أو ١٠٠ شخص ؟
المريض : حوالي ٥٠ شخص .
المعالج : حوالي ٥٠ شخص ؟
المريض : نعم
المعالج : إذن شخصان فقط من الخمسين نالا إعجاب أبيك، هل هذا صحيح ؟
المريض : نعم .
المعالج : عدد قليل ، هل يتوافق ذلك مع نظرتك للناس، هل تعتقد أن ٢ فقط ممتازين من بين٥٠ شخص، هل الممتازين قلة إلى هذا الحد من وجهة نظرك؟
المريض : من وجهة نظري لا ...... أكثر من ذلك .
المعالج : الناس الممتازين أكثر من ذلك بكثير ...على ماذا يدل ذلك بالنسبة لنظرة أبوك ؟

المريض : معاييره صعبة التحقيق

المعالج : من الصعب أن يرضى عن أحد ... على ما يبدو ؟

المريض : نعم

المعالج : حسناً .... لنضع ذلك على البال ... هل هناك شخص في عائلتكم تعتقد أنه ممتاز جداً ؟

المريض : سؤال صعب ..... نعم عمي

المعالج : عمك رجل ممتاز ... ما هي الخصال الجيدة في عمك؟

المريض : مرح ، أنيق ، أيضاً نظرته إيجابية (المعالج خصلة حميدة)غالباً ما يثني عليه الناس ، أنا أحب هذه الخصال فيه

المعالج : هذه خصال جيدة ....هل هناك خصال أخرى ... جاد في العمل، صريح ؟

المريض : نعم يدير أمواله بحنكة

المعالج : يبدو أنه شخص ممتاز ... هل يعجب به الكثير من الناس ؟

المريض : نعم

المعالج : الكثير من الناس يحبونه ويقدرونه ؟

المريض : نعم

المعالج : تعتقد إذن أن عمك ، إذا نظرت إليه نظرة موضوعية شخص ممتاز، ليس كاملاً .... ولكنه ممتاز ؟

المريض : نعم .

المعالج : وهل يعتقد أبوك أن عمك شخصا ممتازا ؟ هل يرى فيه أشياء إيجابية ؟

المريض : يعترف أن لديه نقاط قوة ولكن .....

المعالج : يرى فيه بعض السلبيات ؟

المريض : نعم ... وهذا شيء يضايقني .. يجد فيه بعض الجوانب التي يعتقد أن لديه قصور بها .

المعالج : يبدو إذن أنه حتى في الناس الممتازين ، من الممكن أن يجد أبوك أشياء سلبية ينتقدها فيهم ..... لا تنطبق عليهم معايير ه للناس الممتازين ... وكيف يتوامم ما تكلمنا عنه مع محاولتك تطبيق معايير أبوك على نفسك ؟

المريض : يبدو مما قلنا أن أحكامه على الناس قاسية ، وحتى مع عمي الذي أعتقد أنه شخص ممتاز لم تخلو أحكام أبي عليه من الانتقاد، لذا فليس من المستغرب أن يجد فيني أشياء لا تعجبه .

المعالج : إذن ، قد يكون من الصعب معرفة ما إذا كان الشخص ممتاز أم لا، بنظرة موضوعية ، إذا اعتمدت على رأي أبيك فيه.................

المريض : (يكمل عبارة المعالج) قد لا تحصل على الصورة الحقيقية للشخص .

هذا مثال جيد لاستخدام الأسئلة السوقراطية لتوجيه المريض لاكتشاف معلومات جديدة مفيدة. دعنا ننظر الآن فيما إذا كان ما حدث في هذا المثال ينسجم مع تعريف الأسئلة السوقراطية الجيدة .

أ- كان باستطاعة المريض الإجابة على الأسئلة التي طرحت عليه وهي أسئلة مبنية على إجاباته .

ب- طرح المعالج أسئلة تساعد على استرجاع معلومات مرتبطة بمشكلة المريض الحالية ولكنها غائبة عن وعيه في الوقت الراهن .... مثلاً أدرك المريض أنه من الصعب إرضاء أبيه .... لم يشر المعالج إلى ذلك، المريض اكتشف ذلك بنفسه. لو أن المعالج قال أن من

الصعب إرضاء أبوك ، بدلاً من أن يتوصل المريض بنفسه إلى ذلك لاتخذ المريض موقفاً دفاعيا، وبدأ يتحدث بطريقة......... نعم ولكن ....

ج- طلب المعالج من المريض اختيار شخص آخر لديه خصال جيدة وساله عن رأي أبيه فيه .... اختيار شخص آخر مفيد لأن المريض سوف يذكر الصفات الحسنة فيه أكثر مما قد يفعل عن نفسه حتى ولو كان لديه هذه الصفات لأن هذا جزء من مشكلته .... وبعد أن ذكر المريض عمه وما له من خصال جيدة وأن أبيه أيضاً لا يثمن هذه الخصال كثيراً تنبه المريض إلى أن أحكام أبيه على عمه تختلف عن وجهات نظر الآخرين ....فعمه الذي يتمتع بخصال جيدة ويعجب به الكثير من الناس لم يحز على استحسان أبيه .

د- تنقل المعالج بين المحدد و المجرد ، كم عدد الذين يعرفهم أبوك ؟ من الذي يعجب أبوك ؟ .... أسئلة محددة ثم تم تطوير قاعدة مجردة في النهاية: ولكن من الصعب معرفة ما إذا كان الشخص ممتاز بناءا على وجهة نظر أبيك فيه .

هـ- قام المعالج بعدد من التلخيصات في هذا المثال ومن ذلك "يبدو أن أبوك لا ينظر نظرة إيجابية لعدد كبير من الناس" ، "إذا استمعت لأبيك فقط فقد لا تحصل على الصورة الحقيقية للشخص (المريض أكمل الجملة) .

و- وفي النهاية استخدمت المعلومات الجديدة في إعادة تقييم حكم سابق كما هو واضح في الأسئلة التي طرحت في آخر المثال . (Padesk,1993; Padesky & Greenberger,1995)

٣- نماذج مختلفة لاستخدام الأسئلة السوقراطية (الاسلوب الأول والاسلوب الثاني) ولاستخدامها إلى جانب فنيات علاجية استعرافية سلوكية أخرى.

(١) مثال لاستخدام الأسئلة السوقراطية مع مريض يعاني من نوبات فزع ويتوقع أنه سوف يصاب بالإغماء :

المريض : في منتصف نوبة الفزع ،أتصور عادة أنني سوف أصاب بحالة إغماء وأسقط على الأرض

المعالج : إلي أي مدى تصدق بذلك الآن مقارنة بتصديقك وأنت تعاني من نوبة الفزع ؟

المريض : ٥٠ % الآن و ٩٠ % أثناء النوبة.

المعالج : دعنا ننظر فيما لديك من أدلة لإثبات هذه الفكرة ، هل سبق وأن أغمي عليك أثناء النوبة؟

المريض : لا

المعالج : ما الذي إذن يجعلك تعتقد بأنك ستصاب بالإغماء؟

المريض : أشعر بدوخة

المعالج : باختصار ، الدليل الذي لديك على صحة هذه الفكرة هو شعورك بالدوخة.

المريض : نعم.

المعالج : كيف تفسر إذا كونك قد شعرت بالدوخة مئات المرات ولم يغمي عليك ولو مرة واحدة ؟

المريض : حتى الآن أعتقد أن النوبة تتوقف في الوقت المناسب أو أنني أمسك بالأشياء القريبة مني حتى لا أسقط على الأرض .

المعالج : إذن أحد التفسيرات المحتملة لكونك تشعر بالدوخة بصورة متكررة وتفكر في أنك سوف تسقط على الأرض ولكن ذلك لم يحدث هو أنك تقوم بتصرفات تمنع حدوثه في الوقت المناسب. على كل حال هناك احتمال بديل وهو أن الشعور بالدوخة الذي تعاني منه أثناء نوبة الفزع لن يؤدي إلى

إصابتك بالاغماء حتى لو لم تحاول منع حدوثه ؟

المريض : ممكن

المعالج : لكي يكون بالإمكان التعرف على صحة أحد هذين التفسيرين لا بد من معرفة ما الذي يحدث في الجسم قبل حدوث حالة الإغماء ، هل تعرف ماذا يحدث ؟

المريض : لا

المعالج : لابد من حدوث هبوط في ضغط الدم ، هل تعرف ما الذي يحدث لضغط دمك أثناء نوبة الفزع ؟

المريض : تزداد نبضات قلبي ، أعتقد أن ضغطي يرتفع.

المعالج : هذا صحيح ، في القلق تزداد نبضات القلب ويرتفع ضغط الدم في نفس الوقت ، وهكذا يكون احتمال إصابتك بالإغماء عندما تكون قلقا أقل من احتمال إصابتك بالإغماء عندما لا تكون قلقا

المريض : هذه فكرة مثيرة تستحق الوقوف عندها ، ولكن إذا كان ذلك صحيحا فلماذا أحس بالدوخة ؟

المعالج : يعتبر شعورك بالدوخة مؤشرا على أن الأعراض الجسمية التي تحس بها ليست إلا رد فعل طبيعي لإدراكك لوجود خطر. معظم ردود الفعل الجسمية التي تلاحظها عندما تكون قلقا ، تدخل ضمن الطريقة التي يتعامل بها الإنسان مع التهديد كما يحدث عندما يكون الإنسان أمام أسد جائع. ما الذي ستفعله في مثل هذا الموقف ؟ .

المريض : ابتعد عنه بأقصى سرعة.

المعالج : نعم ، ولكي تتمكن من ذلك تحتاج إلى أكبر قد ر من الطاقة في عضلاتك، ويتحقق ذلك من خلال إرسال المزيد من الدم إليها مما يقلل من كمية الدم التي تذهب إلى المخ ، وهذا يعني أن نسبة الأوكسجين التي تصل إلى المخ تقل مما يسبب

الشعور بالدوخة . هذا الشعور بالدوخة لا يؤدي إلى الإغماء لأن ضغط دمك بصورة عامة، يرتفع.

المريض : هذا واضح جداً ،إذن في المرة القادمة التي أحس بالدوخة فيها سوف أجس نبضي فإذا كان طبيعي أو أسرع من العادة عرفت أنني لن أصاب بالإغماء.

المعالج : نعم، والآن بناءً على ما تمت مناقشته حتى الآن إلى أي مدى تصدق بأنك سوف تصاب بالإغماء أثناء نوبة الفزع ؟

المريض : أقل من ١٠ %

المعالج : وعندما تكون تحت تأثير نوبة الفزع ؟

المريض: ربما ٢٥ %

لم يسبق للمريض في هذا المثال وأن أصيب بحالة إغماء أبداً . على كل حال قد تواجه بعض مرضى نوبات الفزع الذي سبق وأن أغمي عليهم فعلاً ، وفي هذه الحالة لابد من إحداث تغييرات في الأسلوب الذي أتبع في الحوار السابق بحيث يتلاءم مع وضع من أصيب بالإغماء فعلاً .

وعندما يكون الأمر كذلك يجب أن يتأكد المعالج من كون حالة الإغماء حدثت أثناء القلق أم لا. في الغالب لا يكون الأمر كذلك وإنما حدث الإغماء في المراحل الأولى لتطور نوبات الفزع ، وقد ينتج ذلك عن عوامل فسيولوجية متعددة (مثل التغيرات الهرمونية أو الفيروسات) ولكن المريض لا يعرف شيئاً عنها وهكذا ، في المستقبل عندما يكون المريض قلقاً ويشعر بالدوخة يعتبر ذلك دليلاً على أنه سوف يصاب بالإغماء . وهذا التفسير الخاطئ يزيد من قلق المريض وبالتالي يزداد شعوره بالدوخة. حالات القلق التي يحدث فيها الإغماء فعلاً هي تلك المرتبطة بالخوف من الدم . بعض المرضى يعاني من نوبات الفزع وكذلك من الخوف من الدم ، وفي هذه الحالة يشرح المعالج للمريض بأن احتمال حدوث الإغماء مرتبط برؤية الدم ويطلب

من المريض مقارنة الشعور الذي يسبق الإغماء الحقيقي مع الشعور الذي يحدث أثناء نوبة الفزع. الاثنان مختلفان. يشعر الناس قبل أن يغمى عليهم فعلاً بأنهم يفقدون إحساسهم بأنفسهم وبمن حولهم، بينما في نوبات الفزع يعي المريض بألم شعوره بالدوخة (Clark,1991).

(٢) استخدام الأسئلة السوقراطية مع مريض يعاني من توهم المرض؛ يخشى أنه مصاب بمرض القلب أو الرئة .

سامي ٢٣ سنة يعاني من صعوبة في قدرته على الاعتماد على نفسه واستقلاله عن والديه. خلال الجلسات الأولى من العلاج ذكر بأنه يعاني من آلام في الصدر ومن صعوبة في التنفس ، علماً بأن الفحوصات الطبية تشير إلى أنه لا يعاني من أي مشكلة صحية . سامي يعاني من هذه الأعراض منذ حوالي ٣ أشهر عندما كان يعمل في محل تجاري. كان متعباً معظم الوقت ومضطرا للتعامل مع الكثير من الزبائن المزعجين. وفي محاولة منه لمجابهة الموقف يستهلك كميات كبيرة من القهوة خلال فترة الصباح. وفي أحد الأيام وبينما كان يتناول طعامه في فترة الغداء شعر بدوخة وآلام في الصدر وصعوبة في التنفس وأعتقد وقتها أنه سوف يصاب بذبحة صدرية وذهب إلى أقرب مستشفى ولم يجد الأطباء أي مرض جسمي لديه.

ومنذ ذلك الحين وهذه الأعراض تعاوده بين الحين والآخر ، وفي كل مرة يعتقد أنه سوف يصاب بذبحة صدرية ، على الرغم من إعادة الكشف الطبي عليه عدة مرات وثبوت عدم وجود أي مرض جسمي لديه .

وفيما يلي ملخص لما دار بينه وبين المعالج :

المعالج : أنت تعرف أسلوبي الاستعرافي الذي استخدمه في العلاج (سبق وأن شرحه المعالج له). أتصور أن هناك علاقة بين ما يحدث لك وبين ما تحدث به نفسك وتصدق به خلال الثلاثة أشهر الماضية ، واليوم بدلاً من أن أحاول أنا كشف هذه العلاقة، عن طريق التخمين ، أود أن أوجه إليك بعض الأسئلة

وأعتقد أن أجوبتك سوف تساعدنا على معرفة سبب المشكلة .

المريض : لا مانع عندي

المعالج : هل تعتقد بأن هناك علاقة بين اعتقادك بأن لديك مرض في القلب وبين ما حدث لك ؟

المريض : حسناً ، نعم هذا صحيح عندما شعرت بالآلام لأول مرة.

المعالج : وهل بالإمكان أن تسبب لك هذه الاعتقادات ذبحة صدرية ؟

المريض : أنا أعاني من بعض الضغوط النفسية وقد يكون ما حدث لي ذلك اليوم بالإضافة إلى الضغوط السابقة أكبر من طاقتي على التحمل وهذا قد يسبب لي الذبحة الصدرية .

المعالج : إذا كنت تعاني من مرض في القلب فلماذا لم يكتشفه الأطباء ؟

المريض : لا أعرف ، قد يكون المرض من صنع خيالي ولكنني فعلاً أعاني من آلام في الصدر ، أعتقد أنني لا أتخيل ذلك .

المعالج : أنا لا أشك أبداً في أنك تعاني من آلام في الصدر أنا فقط أحاول معرفة سبب ذلك ، هل لديك تفسيراً آخرا لهذه الآلام غير مرض القلب ؟

المريض : لا.

المعالج : هل سبق وأن لاحظت أي علاقة بين قلقك وبين آلام الصدر ؟

المريض : نعم ، كلما زاد الألم زاد القلق لدي.

المعالج : ما رأيك في أنه كلما زاد القلق لديك كلما زاد الألم؟

المريض : هل أفهم من ذلك أنك تعتقد أن قلقي هو سبب كل شي؟

المعالج : أنا أسألك فقط ... لدى فكرة عن ما يحدث معك ولكنني أود أن تكتشف أنت بعض الأفكار التي تعوزها الدقة لديك ، ما يشد انتباهي هو قولك بأن هذه الأعراض ظهرت فجأة

قبل ثلاثة أشهر وكان ذلك في العمل وفي يوم تعرضت فيه لبعض الضغوط النفسية.

عمرك ٢٣ سنة وتاريخ عائلتك الطبي لا يشير إلى وجود أمراض قلب ولم يجد الأطباء الذين فحصوك أي مشكلة صحية لديك وبناء على هذه المعلومات كيف تستطيع أن تحدد ما إذا كان قلبك هو سبب الآلام أو أي شيء آخر ؟

المريض : أنا أعرف أنه ليس لدي أي دليل على أن قلبي هو سبب المشكلة ولكنني أخاف إذا بدأت هذه الأعراض .

المعالج : بالتأكيد ..... ولكن ما الذي تقوله لنفسك كلما شعرت بهذه الأعراض ؟

المريض : (سكوت ٣٠ ثانية) إنني أصاب بذبحة صدرية (سكوت آخر) فهمت قصدك .... ربما كان سبب مشكلتي هو أنني أقول لنفسي (أكيد المشكلة في قلبي).

المعالج : ربما .... دعنا نفترض أنك تصورت أن أعراض القلق ما هي إلا أعراضاً خطيرة لمرض في قلبك ولكن هل تتذكر ماذا كنت تقول لنفسك قبل شعورك بالألم في صدرك والذي قد يكون هو سبب الآلام؟ كيف يؤدي التفكير في أن قلبك مريض ، إلى الآلام التي تجعلك تعتقد أن لديك مشكلة في القلب ؟

المريض : لم أفهم .

المعالج : كيف يؤدي التفكير بوجود مرض في القلب إلى الآلام في الصدر ؟

المريض : (سكوت حوالي دقيقة) نعم فهمت الآن ، قد يجعلني أركز على مصدر الألم للبحث عن علامات تشير إلى جود علة معينة أعتقد أنني فعلت ذلك ، أقلق كثيراً والقلق يسبب لي الألم ويعد

ذلك أتصور أن الألم يعني وجود علة في قلبي.

المعالج : نعم ، أعتقد أن هذا شيء محتمل ، وقد يفسر لماذا تقلق على قلبك بعد الحادثة التي حدثت لك في العمل ، ولكن ما الذي حدث لك ذلك اليوم وتعتقد أنه سبب لك القلق ؟

المريض : لا أعلم

المعالج : هل تعتقد أن هناك علاقة بين الألم وبين تعاملك مع زبائن مزعجين ؟

المريض : لا أعلم ، لقد تعاملت مع زبائن من هذا النوع من قبل ؟

المعالج : هل بإمكانك تحديد وقت معين ؟

المريض : نعم ، أمس مثلا .

المعالج : حسنا ، أكتب على ورقة بماذا كنت تفكر ، وبماذا شعرت وكيف تصرفت أمس ثم أقلب الورقة واكتب بماذا فكرت ، شعرت وكيف تصرفت في اليوم المشابه الذي حدث لك قبل ثلاثة أشهر؟

المعالج : (سكوت حتى انتهي المريض من الكتابة) الآن قارن بين الوجهين هل هناك فرق ؟

المريض : (سكوت) قبل ثلاثة أشهر كنت متعب ، شربت عدة أكواب من الشاي في الصباح : فهمت ،كنت منهكا .

المعالج : يبدو ذلك صحيحا ، ولكن لم نعرف بعد لماذا أنهكت نفسك. ولكننا نعرف بأنك تعتقد أنك إنسان ضعيف وتتصور أنك لا تستغن عن حماية أهلك. هل تعتقد أنه حصل ذلك اليوم (قبل ثلاثة أشهر) ما ينشط هذا الاعتقاد ؟.

(سكت المريض بعض الوقت ثم عاود المعالج طرح الأسئلة)

المريض : تذكرت الآن ، كنت متعباً ذلك اليوم لأنني تشاجرت مع والدتي مرة أخرى، في الليلة التي سبقت ذلك اليوم، حول انتقالي إلي بيت آخر .

المعالج : وما علاقة ذلك باعتقادك الأساسي ؟

المريض : كنت قلقاً حول الانتقال والعيش وحيداً .

المعالج : حسناً ، هذا الخوف هو السبب الأساسي الذي جعلك تطلب مقابلتي وسوف نتعامل معه. ولكن الآن دعنا ننظر إلى خوفك الحالي حول مرض القلب والسرطان. أعتقد أنك توصلت إلى تفسيرات جديدة لذلك. وأتصور أنه من المفيد جداً كتابة هذه التفسيرات لكي تستخدمها في التعامل مع أفكارك حول وجود علة في قلبك. ثم قام المريض بمساعدة المعالج بكتابة الأفكار المضادة لكي يستعملها كلما عاوده التفكير غير الفعال (Mc Mullin,1986) . (في هذا المثال كان دور المعالج دورا مباشرا(توجيهي) بشكل قد لا يحبذه الكثير من المعالجين الاستعرافيين السلوكيين).

(٣) وفي المثال التالي استخدم المعالج الأسئلة السوقراطية والعكس (Reflection) والتلخيص للتعرف على الوضع الانفعالي للمريضة واستكشاف الميول الانتحارية لديها كما أن المعالج حاول الاستفادة من عامل مهم في تخفيف حدة الرغبة في الانتحار وهو إحساسها بالمسئولية تجاه ابنها كدافع للاستمرار في العلاج والتخلي عن الأفكار الانتحارية:

المعالج : فهمت من المحادثة التليفونية أنك تعانين حالياً من بعض المشكلات وتريدين مقابلتي بأسرع وقت ممكن ؟

المريضة : صحيح .

المعالج : هل بإمكانك ذكر ما يضايقك ؟

المريضة : أنا متزوجة للمرة الثانية منذ ثلاث سنوات ولكن علاقتي

بزوجي غير مرضيه وسببت لي الإحساس بالتعاسة ولا يبدو أن لدى القدرة على مواجهة ذلك ، كما أنني أشعر بأنني لا أستطيع الخروج من هذا المأزق، لقد حاولت إصلاح الوضع بكل ما أستطيع ولكن محاولاتي فشلت ولا أعرف ماذا أفعل .

المعالج : تحسين إذن بأنك غير سعيدة ؟

المريضة : نعم.

المعالج : وكم مضى على هذا الحال ؟

المريضة : تقريباً ..... طيلة حياتي ...... هناك أوقات أحس فيها بأنني على ما يرام .... ولكنني أحس بالتعاسة معظم الوقت .

المعالج : لازمك شعورك بعدم السعادة معظم حياتك؟

المريضة : نعم.

المعالج : هل هناك انفعالات أخرى تضايقك ؟

المريضة : أشعر بالحزن ... وعدم وجود معنى لحياتي وأن الأمور لن تسير كما أود وأحس بالإحباط وعدم جدوى المحاولة .

المعالج : هل تبلغ درجة الإحباط إلى الحد الذي تفكرين فيه في التخلص من الوضع بطريقة أو بأخرى ؟

المريضة : نعم فكرت في ذلك .

المعالج : ما نوع الأفكار بهذا الخصوص ؟

المريضة : أحياناً أفكر بأن أسهل طريقة هي أخذ بعض الأقراص والتخلص من المشكلات بالمرة .

المعالج : ما مدى قوة التفكير في أخذ الأقراص؟

المريضة : يختلف من وقت لآخر .... مترددة .... أحياناً أحس بأنها الشيء الوحيد الذي أريد عمله ... وأبدأ في التفكير في الكيفية التي سوف تتم بها العملية .... ولكن هناك دائماً شيء يوقفني عن ذلك .... أحياناً أتصور أنني سوف أفشل حتى في هذا الموضوع ومن ثم أصاب في مخي وأكون أسوأ مما أنا فيه

الآن .

المعالج : إذن هناك شيء يوقفك .... وما هي الأشياء الأخرى التي تمنعك أيضاً ؟

المريضة : أشعر أن عليّ مسئوليات تجاه طفلي ... أعتقد أن القيام به شيء مرعب.

المعالج : علاقاتك مع طفلك جيدة ؟

المريضة : نعم ...... هذا هو السبب الرئيسي في عدم إقدامي على ذلك .. . ربما لو لم يكن لدى طفل لم كنت هنا الآن .

<u>تعليق:</u>

توضح العبارات التي استخدمها المعالج مثل ...... تبلغ درجة الإحباط لديك إلى الحد الذي تفكرين فيه في التخلص من الوضع إن المعالج يرصد ويستجيب لمشاعر المريضة وأنه أيضاً مهد الطريق لاستكشاف نقطة هامة وهى شعور المريضة باليأس وميولها الانتحارية كما أثار عامل مهم جدا في تخفيف حدة الرغبة في الانتحار وهو إحساسها بالمسئولية تجاه ابنها.

(٤) استخدام ؟ لأسئلة السوقراطية لتحديد المشكلة الأساسية وتطورها والظروف التي ساهمت في نشوئها:

المعالج : ما العرض الذي يزعجك أكثر من غيره من الأعراض ؟

المريضة : أعتقد أنه الشعور باليأس .... الشعور بأنه لا فائدة من المحاولة لأنني سبق وأن خسرت من قبل حتى قبل أن أبدأ ... لدى إحساس بأن كل ما سأفعله لن يؤدي إلى نتيجة إيجابية ..... وهذا يجعلني أعاني من صعوبات كبيرة بصورة مستمرة.

المعالج : تجدين إذن .... أن محاولة التعامل مع الأحداث اليومية شيئاً مؤلماً بالنسبة لك ؟

المريضة : نعم

المعالج : وترين أن لذلك علاقة بشكل أو بآخر ، بعلاقتك بزوجك .

المريضة : نعم

المعالج : وما الذي حدث معه ؟

المريضة : يبدو متردداً في علاقته بي ...... أعتقد أنه يتفادى القرب مني فالاتصال بيننا محدود جداً إلى درجة أنه لا يشبع أي من حاجاتي كزوجة له .... ومع ذلك أجد أنني عاجزة عن عمل أي شيء تجاه ذلك. حاولت أن أطلب منه تصحيح الوضع ولكن لم أستطع القيام بذلك ، أشعر بذعر شديد من المجابهة ومن ثم أترك الأمور على ما هي وأقبل بكل شيء لأنني أشعر أنني لا أستطيع العيش بدونه وأشعر أيضاً بأن العيش معه يجعلني إنسانة تعيسة ...... أشعر أنني في مازق لا يمكن الخروج منه .

المعالج : تشعرين أنك في مازق .... وأن استمرارك معه يجلب لك التعاسة ولا ترين أن بإمكانك عمل أي شيء لحل المشكلة ؟

المريضة : هذا صحيح .

المعالج : وهل حدث أي شيء مؤخراً جعلك تحسين بما أنت عليه الآن ؟

المريضة : نعم ... منذ ثلاثة أسابيع وهو يتجاهلني ... ومع أنني حاولت خفض توقعاتي منه لم يكن لديه أي نية للقيام بأي شيء تجاهي .... طلبت منه مناقشة الوضع ورفض ذلك .... وأعتقد أن هذا الرفض أثار لدى الكثير من المشاعر السلبية التي سبق وأن تعرضت لها وذكرني بأشياء كثيرة حدثت لي في الماضي .

المعالج : ذكرك إذن ...... بأشياء سيئة حدثت في الماضي؟

المريضة : نعم .

المعالج : مثل ماذا ؟

المريضة : أشعر أن أمي لم تتقبلني في يوم من الأيام .... أعتقد أنها كانت ترفضني باستمرار .... كما أنني عانيت من بعض العلاقات الاجتماعية السلبية .... عانيت كثيراً من رفض الآخرين لي.

المعالج : كيف عرفت أن أمك ترفضك؟

المريضة : لم تكن راضية عن أي شيء قمت به .... لم أستطع كسب رضاها أبداً كانت تنتقدني بشدة وباستمرار ....لا ترى فيني أي شيء يستحق الإعجاب .... كانت تقارنني دائماً بأختي ..... التي كانت أجمل مني وأفضل مني وكانت مقبولة من قبل الآخرين أكثر مني ..... كانت مشاعرها باردة وكانت تلومني باستمرار وكانت عدائية في علاقاتها معي (الأم) .

(٥) استخدام الأسئلة السوقراطية في سبر علاقات سابقة للمريضة وعلاقاتها بالوضع الحالي لها (لاحظ كيف تقبل المعالج بكاء المريضة). الاهتمام بالخبرات السابقة يختلف عن ما يحدث في التحليل النفسي ، حيث قد يفترض فيه المحلل أن لدى المريضة، نتيجة لخبراتها السابقة، حاجة لإيذاء ذاتها من خلال علاقاتها من الآخرين أما المعالج الاستعرافي السلوكي فيرى أن الأفكار غير المتكيفة التي تتمسك بها المريضة بقوة هي التي تجعلها تستمر في هذه العلاقات السلبية ولكنها ترغب حقاً في تغيير هذه الأفكار .

المعالج : تقولين أن علاقتك مع زوجك السابق مشابهة لعلاقتك مع زوجك الحالي ؟

المريضة : كلها كانت سيئة ... يبدو أنني أحرص كثيراً على الإبقاء على العلاقات مع الناس الذين يسيئون معاملتي .

المعالج : نعم ...... ما هو النمط السائد في تعامل زوجك السابق والحالي معك؛ وما الشبه بين معاملته لك وبين معاملة أمك

لك ؟

المريضة : العلاقة مع زوجي الحالي مثال على ذلك ...... ينتقدني بشدة وبكثرة ...... بارد ولا يظهر أي مشاعر إيجابية وكأنه يتفضل على إذا قضى معي بعض الوقت ... لا يقدم لي أي دعم انفعالي يبدو أنه لا يحبني كثيرا .

المعالج : لقد لاحظتي الشبه بين تعامل زوجك السابق وتعامل زوجك الحالي معك وكذلك تعامل أمك .... .انتقاد برود .... غياب الدعم الانفعالي .

المريضة : نعم .

المعالج : وكيف تشعرين إذا تصرف شخص ما معك ببرود وأتخذ موقفا ناقدا يخلو من التعاطف معك ؟

المريضة : أشعر بأن حالتي مزرية ولكنني أشعر أيضا بأنني إذا ما تمسكت بالعلاقة وحاولت بما فيه الكفاية وتصرفت بطريقة سليمة فإن الأمور سوف تتحسن بشكل أو بآخر .

المعالج : إذا تصرفت بطريقة سليمة تحسنت الأمور ؟

المريضة : إذا تصرفت بالطريقة التي يريدها الآخرون فإنهم في نهاية الأمر سوف يعاملونني بالمثل .... ولكن حتى الآن لا يبدو أن ذلك هو ما يحدث لي .

المعالج : وهل هذه هي الطريقة التي تعاملتي بها مع أمك .... تحاولين فعل كل ما تستطيعين لكسب استحسانها لك .

المريضة : كنت دائما أحاول كسب استحسانها ...... ولكنها لا تريد ما أريد ولا ترى قيمه للأشياء التي أري أنها قيمة ..... وكل ما أفعله ناقص من وجهة نظرها .

المعالج : هل تشعرين بالحزن الآن ...... ألاحظ أن لديك رغبة في البكاء ، هل تحسين بأن البكاء يريحك ؟

المريضة : بصورة مؤقتة ..... لا يفيدني على المدى البعيد ... أنه في

الحقيقة يجعلني في وضع أسوأ لأنه يذكرني بالأوقات الأخرى التي بكيت فيها ويذكرني بالأشياء التي أعاني منها في السابق.

المعالج : هل تريدين استخدام هذا المنديل (ورق) ؟

المريضة : شكرا .

المعالج : إذن تشعرين بأن حالتك أسوأ وأنت تبكين الآن ؟

المريضة : أشعر بأن حالتي سيئة جدا .

المعالج : الآن ..... هل تلاحظين أي صلة بين محاولاتك لإصلاح الأمور مع زوجك السابق والحالي وبين محاولاتك لإصلاح الأمور مع أمك ؟

المريضة : نعم ..... أستطيع ذلك ... أنه واضح في ذهني وأفهمه ولكنني لم أستطع استيعابه انفعاليا ...... لم أصل إلى النقطة التي أستطيع فيها عدم الاستسلام لمثل هذه العلاقات السلبية .

المعالج : ما الذي يغريك في مثل هذه العلاقات ؟

المريضة : أعتقد .... أتصور في البداية أن إمكانية بناء علاقة جيدة موجودة فعلا ... شعرت بهذا مع زوجي الأول وكذلك مع زوجي الثاني .... أحس في البداية أن الطرف الأخر يهتم بي فعلا .... ثم أجد نفسي مشدودة للعلاقة وعندما يتغير الحال .... يحدث ذلك بسرعة وأجد نفسي تورطت في العلاقة (مع أنني ألاحظ أن الأمور ليست كما هي في البداية) وأنه من المستحيل عمل أي شئ تجاه الموضوع .

المعالج : دعيني أتأكد من أنني فهمت قصدك .... تدخلين مع الغير بناء على معلومات غير كافية، وعندما تبدأ العلاقة بينكم فعلا تشعرين بأنك مجبرة على الاستمرار فيها لكي تجعلينها تسير بالطريقة التي ترغبين فيها كما كنت تفعلين مع أمك ... هل هذا صحيح ؟

المريضة : نعم هذا صحيح ...... كما أنني أضع الكثير من الأوهام

والتوقعات التي أتوقع أنني سوف أحصل عليها من الأشخاص الذين أكون معهم ولكنني حتى لو اكتشف أن هذه الأشياء لن تحقق أجد صعوبة في التخلي عن هذه الأوهام.

المعالج : نعم، وهل تقف الصعوبة في التخلي عن هذه الأوهام حائلا دون تخليك عن العلاقة ؟

المريضة : نعم ..... صعوبة التخلي عن الأوهام تقريبا أو تماما مثل صعوبة التخلي عن العلاقة .

(٦) استخدم الأسئلة السوقراطية في دعوة المريضة إلى استخدام إحدى الفنيات الاستعرافية (لعب الأدوار مثلا) لمساعدتها على اختبار مدى صحة اعتقادها بأنه من المحتمل أن تحصل على الحب الذي تريده من الآخرين إذا حاولت بما فيه الكفاية:

المعالج : مع أن هذه هي مقابلتنا الأولى ..... كيف تشعرين تجاه مناقشة هذه الأوهام ؟ ؛ قد يفيد ذلك في فهم علاقاتك مع زوجك . هل لك أن تذكري بعض الأوهام التي لديك حوله ؟

المريضة : لدى وهم يتمثل في أنه يريدني وأنني إذا استطعت إقناعه فإنه سوف يعطيني ما أريد .... ولا أعتقد أن هناك مبالغة في توقعاتي هذه .

المعالج : حسنا .... دعينا نتأمل في هذا الاعتقاد ونتفحصه لكي نتأكد من صحته؛ نتعرف على الأدلة على صحته ؟

المريضة : أعتقد أنني إذا استطعت إقناعه فإنه سوف يلبي حاجاتي .

المعالج : حسنا .... دامت علاقتكما ثلاث سنوات وبالإمكان من خلال ما حدث في هذه الفترة التأكد من صحة هذا الاعتقاد ؟

المريضة : نعم .

المعالج : بناء على ما حدث خلال هذه الفترة ما رأيك في

اعتقــادك هذا؟

المريضة : هو ليس خطأ فحسب ولكنني حققت هدفي بصورة جيدة إلـــى درجـــة أنـــه ضمن حبي له وضمن أنني لن أبتعد عنـــه مهما حاول هو .

المعالج : تقولين إذا أن باستطاعته عمل ما يريد وأن ....

المريضة : (تقاطعه) نعم لأنني نجحت فعلا في إقناعه أنني أحبه وأنني لن أتركه .

المعالج : الآن ... إلى أي حد تعتقدين أن هذه الفكرة عنه خاطئة: أنـــك إذا أقنعتيه أن تهتمين به فعلا فإنه سوف يكرس حياتـــه لـــك ..... إلى أي درجة تصدقين بهذه الفكرة ؟ دعينا نبدأ بذلك

المريضة : لا أزال أصدق بها .

المعالج : تصدقين به تماما ؟

المريضة : لا أدري ...... إذا كنت أصدق تماما .... ليس مائة بالمائـــة ولكنني لا زلت أشعر بأنه لابد وأن يكون هناك طريقة لحملـــه على محاولة التغيير إذا ما أحس فعلا أنه قد يخسرني .... أنـــا أعرف أن التغيير صعب ولكن .... لم تبدر منه أي محاولـــة ، أنا الذي أقدم كل التنازلات .

المعالج : نعم .... ما الذي تعتقدين أنه من الضروري أن يحدث لكـــي تقتنعين بأنه لن يتغير مهما حاولتي ؟

المريضة : لا أعرف ..... لا أعرف .

المعالج : لو افترضنا أنك تتحدثين مع أناس آخرين هل تعتقديـــن بأنـــه سوف يكون لديهم دليل كافي لو كانوا في موقفك ؟

المريضة : بالطبع سيكون هناك دليل .... وأنا أفهم ذلك ... ولكن يبـــدو أنني غير قادرة على تطبيق ذلك الفهم عمليا .

المعالج : لو كنت تتحدثين مع شخص في موقفك هذا ... فماذا ستقولين له ؟

المريضة : أعتقد أنني سوف أوضح له الواقع بلطف .... والواقع أنه تم بذل جهود جادة على مدى ثلاث سنوات ولم يحدث أي تغير أو حتى مؤشر على أن هناك تغيير في المستقبل ، يبدو أن التغير شبه مستحيل .

المعالج : نعم .... وإذا قال لك ذلك الشخص أنه متورط في هذه العلاقة وعاجز ويائس من القدرة على الخروج منها .... ربما يفكر في الانتحار إذا لم تتحسن هذه العلاقة ... فماذا ستقولين له ؟

المريضة : أعتقد أنني سوف أساعده على أن يدرك أن هناك بدائل .

المعالج : وما هي هذه البدائل؟

المريضة : أحد هذه البدائل هو بناء علاقة مع الزوج بطريقة إيجابية أو محاولة العيش بعيدا عنه تتحسن الأمور ويغير من أسلوبه .

المعالج : لو كنت أنا الشخص الذي كنت تتحدثين معه ... وقلت لك عندما اقترحت عليه بناء علاقة بطريقة إيجابية ، لقد فشلت حتى الأن في بناء علاقة إيجابية ..... ويبدو أنه من المستحيل أن أكون قادرا على تحقيق ذلك في المستقبل ..... فماذا ستقولين لي؟

المريضة : سوف أقول ..... أن مصدر شعورك هذا هو إحساسك الآن بأنك تعيس ومحبط ولكن لو حاولت النظر إلى ما حدث في الماضي فسوف تدرك أنه سبق لك وأن أقمت علاقات ناجحة مع أناس أخرين .... ليس بالضرورة مع هذا الزوج ... ولكن مع صديقات مثلا .وليس هناك سبب يجعلك تعتقد أنه من الصعب عليك بناء علاقات إيجابية مع زوجك.

(٧) استخدام الأسئلة السوقراطية لمساعدة المريضة على استكشاف ما سوف تجنيه لو أنها استطاعت أن تتخلص من سيطرة أفكارها السلبية عليها وكذلك استخدام فنية التحكم والاستمتاع بالنسبة للجوانب الإيجابية في حياة

المريضة:

المعالج : طالما تمسكت بهذه الأفكار فسوف تتحكم فيك وتضعف الدوافع الإيجابية لديك ..... هل هذا صحيح ؟

المريضة : نعم .

المعالج : ولذلك سيكون أحد أهداف العلاج هو محاولة تفحص هذه الأوهام (الأفكار) لمعرفة مدى صحتها بطرق مختلفة وإذا ما فقدت الأوهام قدرتها على السيطرة عليك فسوف تجدين أمامك العديد من الخيارات والفرص التي من الممكن الاستفادة منها. هل باستطاعتك تصور ذلك ..... تصوري ما الذي سيحدث لو أنك تخليتي عن هذا الوهم ؟

المريضة : لا .

المعالج : على سبيل المثال .... ما الذي سيكون باستطاعتك عمله فيما يخص وظيفتك .... لو لم تكوني مقيدة بهذه الأفكار؟

المريضة : سأكون قادرة عل تغيير وظيفتي .... وظيفة أكثر تشويقا من وظيفتي الحالية ..... وهو شيء أريد فعلا الإقدام عليه في الوقت الحالي .

المعالج : وما نوع الرضا الذي سوف تحصلين عليه من جراء ذلك ؟

المريضة : سأحصل على رضا حقيقي ... لأنني سوف أمارس عملا لدى القدرة على ممارسته بصورة جيدة ...... يتناسب مع ما لدى من قدرات .

المعالج : وهل أنت راضية الآن ... قبل مجيئك إلى هنا ؟

المريضة : إلى حد ما .

المعالج : إذن لست راضية عن حياتك تماما ؟

المريضة : نعم لست راضية تماما .

المعالج : أليس من الممكن أنك غير راضية عن حياتك وعن عملك لأنك تتوهمين أن مصدر رضاك الوحيد هو زوجك ؟

المريضة : صحيح .
المعالج : وهل أنت مرتاحة من علاقتك مع ابنك ؟
المريضة : بالطبع مرتاحة .
المعالج : ما هي آخر الأشياء التي قمت بها معه ؟
المريضة : نقضي بعض الأوقات معا ... ونذهب للمكتبة معا وأذهب معه إلى أماكن أخرى .
المعالج : كيف قضيتما هذه الأوقات معا؟
المريضة : كان شيئا جميلا .
المعالج : هل استمتعت بذلك ؟
المريضة : نعم .
المعالج : كيف تقيمين رضاك (استمتاعك) على مقياس من صفر إلى ١٠؟
المريضة : حوالي ٨ .
المعالج : وهل قمت بأشياء أخرى وشعرتي أنك راضية فعلا من جراء القيام بها ... هل هناك أشياء أخرى مع ابنك .
المريضة : كنت أخرج معه في أيام محددة في الأسبوع قبل أن تسوء حالتي .
المعالج : إذن كنت مرتاحة من ابنك في عدد من المناسبات. ماذا عن العمل ، أي نوع من الرضا تحصلين عليه في العمل .... التعامل مع الزميلات أو المراجعات ؟ هل شعرت في الفترة الأخيرة بالرضا عن شيء ما في عملك ؟
المريضة : حصلت على ترقية في عملي أنيطت بي مسئوليات جديدة.
المعالج : وهل شعرت بأنك راضية خلال قيامك بمسئولياتك الجديدة ؟
المريضة : نعم ...... أنا استمتع بالقيام بها .
المعالج : يبدو مما تقولين الآن أنك تشعرين بالارتياح من عدد من الأشياء وحتى وأنت تعانين من الاكتئاب ؟

المريضة : نعم ... هناك بعض الأشياء ...... ولكني أشعر بأنني لست على ما يرام .... وأحس بأن ما أحصل عليه من هذه الأشياء غير كافي لجعلي أرغب في الاستمرار على ما أنا عليه الآن.

المعالج : دعونا نرى إذا كان من الممكن تحديد بعض هذه المشاعر السلبية هل هناك أي شعور سلبي مرتبط بأفكار معينة ؟

المريضة : أعتقد أنني وحيدة .... وحيدة عاطفيا .

المعالج : أنت معزولة عاطفيا ... هل تتكرر عليك هذه الفكرة ؟

المريضة : نعم .

المعالج : حسنا ... دعونا نتفحص هذا الاعتقاد ... إلى أي مدى تصدقين به الآن ؟

المريضة : حوالي ٩٠ %

المعالج : حوالي ٩٠ % . خلال اليوم أو خلال الأسبوع ، كم تقابلين (أو تتكلمين مع) من الناس ؟

المريضة : عدد كبير من الناس .

المعالج : هل هناك أي نوع من المشاركة الوجدانية مع أي منهم ؟

المريضة : نعم ... ولكنها علاقات عادية .

المعالج : لديك علاقات عادية مع عدد كبير من الناس. هل لديك علاقة قوية مع أي شخص منهم ؟

المريضة : نعم ...... لدى صديقة عزيزة علي ؟

المعالج : ما اسمها ؟

المريضة : جميله .

المعالج : هل تشعرين بأنك معزولة عاطفيا عندما تتحدثين مع جميله ؟

المريضة : بعض الأوقات لا .

المعالج : إذن تشعرين بأن هناك مشاركة وجدانية عندما تتحدثين مع جميله ؟

المريضة : نعم .

المعالج : بالنسبة لابنك؛ هل تشعرين بأنك معزولة عاطفيا عندما تكونين معه ؟

المريضة : لا ... لا أشعر بأنني معزولة عاطفيا معه ... ولكنني لا أود أن أعتمد عليه في المساندة العاطفية ... لأن ذلك حمل ثقيل على طفل .

المعالج : صحيح ..... بالطبع ليس من العدل أن تعتمدي على طفل في ذلك ، وقد يكون من غير العدل أن تلقين بهذه المسئولية على أي شخص.....لأن وضع كل البيض في سلة واحدة طريقة غير مأمونة....... كما يبدو وأنك فعلت مع زوجك .... ما نريد أن نعرف الآن هو هل اعتقادك بأنك معزولة عاطفيا صحيح أم أن فيه شيء من المبالغة المبنية على علاقتك الغريبة مع زوجك ! ...قلت أن علاقتك مع جميله جيدة جدا .... وأن علاقتك جيدة مع ابنك .... وأن هاتين العلاقتين مرضيتان من الناحية العاطفية .... فماذا عن علاقتك مع زميلاتك في العمل ؟

المريضة : لدى علاقات معهن ولكنها لا تصل إلى مستوى الصداقة ...... ولكنني أشعر بأنني قريبة مع عدد قليل من اللاتي أعمل معهن .

المعالج : حسنا ... بالإضافة إلى جميله هل لديك صديقات؟

المريضة : نعم .

المعالج : واحدة ، اثنتان ..... ثلاث !

المريضة : ربما .... اثنتان أو ثلاث .

المعالج : حسنا .... عندما تكونين معهن هل تشعرين بأنك معزولة عاطفيا ؟

المريضة : لا .

المعالج : إذن هناك جميله وابنك وصديقتان أو ثلاث تشعرين بأنك قريبة

منهن عاطفيا ؟

٨) استخدم الأسئلة السوقراطية لتفحص اعتقاد المريضة (الاستمرار في العلاقة غير الموفقة يعني أنها غبية) ثم محاولة تحييد هذه الفكرة الناقدة للذات .

المعالج : حسنا يبدو أن الأفكار مثل (أنا معزولة عاطفيا) تسبب لك الألم وقلت أنك تصدقين بهذا الاعتقاد ٩٠ % وراجعنا الأدلة عليه (معزولة عاطفيا وهي كلمة قوية) .... كيف ترين مدى صدقها الآن ؟

المريضة : هي ليست صحيحة من الناحية الموضوعية ... ولكن لا أستطيع القول بأن ذلك يجعلني أحسن مما كنت عليه .

المعالج : إذن على المستوى الشخصي لا زالت هذه الفكرة تسيطر عليك ولكنها غير صحيحة إذا نظرتي إليها نظرة موضوعية .

المريضة : هذا صحيح .

المعالج : هل لديك أفكار أخرى تضايقك ....كما قلتي لنتي أفكار ناقدة للذات ...... أي نوع من الأفكار النافدة ؟

المريضة : ألوم نفسي علي الاستمرار في هذه العلاقة التي ليس من ورائها طائل وضارة بالنسبة لي وأقول لنفسي لو كنت أفهم الأمور لما استمرت فيها .... والآن أنا لم استمر فقط بل ألوم نفسي علي الاستمرار .

المعالج : وماذا عن قولك (لو كنت افهم الأمور لما استمريت فيها) ؟

المريضة : من الواضح أن هذا غير صحيح..........المسألة ليست مسألة ذكاء.

المعالج : نعم ...... لقد قلت بنفسك أنه من الأفضل لك التخلص من هذه العلاقة وأنها تشبه حالة الإدمان ......إذن عندما تقولين لنفسك أنك لا تفهمين الأمور تعليقا علي استمرارك في هذه العلاقة، هل هذه الجملة صحيحة ؟

المريضة : لا........ليست صحيحة .

المعالج : ما نتيجة لوم نفسك بهذه الطريقة ؟

المريضة : يجعلني أسوأ مما كنت .

المعالج : هل تشعرين الآن بأن هذه الجملة غير صحيحة على المستوى الانفعالي؟

المريضة : نعم غير صحيحة .

المعالج : بعض الأفكار التي لديك تسبب لك المعاناة و تخليك عنها يخفف عنك الألم........ ومن هذه الأفكار (أنني لا استمتع بأي شيء في الحياة) هذا الاعتقاد غير صحيح أليس كذلك ؟ لقد راجعنا الأدلة عليه من قبل.

المريضة : نعم غير صحيح .

المعالج : إذن .... لابد وان تجابهي هذه الفكرة كلما لاحظت أنها تجول بخاطرك ....إذا تعلمتي كيف تنظرين إلى الأمر نظرة عقلانية وتفكرين بطرقة اكثر واقعية فمن المتوقع أن تشعرين بأنك افضل مما كنت

المريضة : اعتقد ذلك .

المعالج : هل لاحظت ، في الماضي أنك تشعرين بأن وضعك يتحسن كلما نظرتي للمواقف التي تمرين بها نظرة واقعية ؟

المريضة : أحيانا يكون من الصعب التفريق بين الواقع وغير الواقع لأنني أكون تحت سيطرة أفكاري .

المعالج : الآن تستطيعين .... بإمكانك الآن النظر إلي العلاقات التي دخلتي فيها في الماضي نظرة اكثر واقعية .... أليس كذلك؟

(٩) استخدام الأسئلة السوقراطيه في نهاية الجلسة والتعريف بفنية

سجل الأفكار التلقائية وتسجيل الأنشطة (جدول النشاط) كواجبـــات منزليـة لاختبار مدى صحة اعتقاد المريضة بأن (رضاها مرتبط بعلاقتها التي سببت المشكلة) ووضع أهداف للعلاج علي المدى القريب والحصول علي التزامـها بالعمل مع المعالج لتحقيق هذه الأهداف. وبذلك يكـون المعـالج قـد وفـر للمريضة ما يمنعها من تطبيق أفكارها حول الانتحار قبـل موعـد الجلسـة القادمة. هذا النوع من التفاهم والتعاون بين المريضة والمعالج يزيـد مـن حرصها على العلاج ويقوى من أثر الفنيات العلاجية وبالتـالي يقوض الشعور العام بفقدان الأمل .

المعالج : حسنا ...... لدى هنا سجل يسمي السـجل اليومـي للأفكـار التلقائية غير الفعالة. هل بإمكانك أخذه معك وفي كل مـرة تشعرين بأنك لست علي ما يرام تحاولين تنكر ما إذا كنت قد فكرتي في شيء قبل أن تشعري بأنك لست علـي مـا يـرام ....مثل أنا حمقاء لأنني تمسكت بهذه العلاقـة ...... أو يجب أن أعرف أنها علاقة سيئة .... أو أنا غبية ...... أي الأفكار التي تشعرك بعدم الارتياح. سجلي هذه الأفكـار ثـم حاولي الاستجابة لها(الرد عليها)

المريضة : حسنا .

المعالج : هذا شيء ..... والشيء الآخر هو ... أعتقد أنـه يجـب أن ننظر في اعتقادك (إن زوجك هو المصدر الوحيد الذي يجعلك تحسين بالسعادة) .... هل بإمكانك إكمال (جدول النشـاطات الأسبوعي) فيما بين الآن والموعد القادم ..... تكتبيـن فيـه اسـم النشاط الذي قمتي به فـي وقـت معيـن ..... مثـل الاجتماع مع صديقات، وتكتبين درجة رضاك عن النشـلط ... يسمى هذا المقياس (مقياس التحكـم والاسـتمتاع) .... مـن المحتمل أن لديك فكرة غير واضحـة عن مقـدار الرضـا الذي تحصلين عليه مما تقوم به من أنشطة ؟

المريضة : نعم .

المعالج : لديك فكرة الآن حول ما قمت به اليوم ..... حول الأشياء المهمة التي سوف تتعاملين معها ؟

المريضة : نعم .

المعالج : ما هي في نظرك ؟

المريضة : اعتقد أنه يجب علي إن أجابه الأفكار التي لدى كتلك الأفكار التي جعلتني حبيسة وضع سلبي .

المعالج : وما الذي سيحدث لو نجحت في تحدي هذه الأفكار؟

المريضة : أكون قادرة على التحرك والبحث عن مصادر أخرى أشعر بالرضا حيالها .

المعالج : وهل تعتقدين أن ذلك يستحق المحاولة.......أنت تقولين أنك غير مستعدة الآن للتخلي عن هذه العلاقة ...... ولكن هل أنت مستعدة لمجابهة الاعتقاد (أنها أساسية لشعورك بالسعادة).

المريضة : نعم .

المعالج : دعيني أطرح المسألة بشكل آخر ... حتى لو افترضنا أن زوجك كان مصدر سعادة لك ..... هل من الحكمة أن نقول أنه هو المصدر الوحيد؟

المريضة : طبعا لا .

المعالج : ألا تعتقدين أن مجابهة هذا الاعتقاد شيء مجدي في كل الأحوال.. وفي هذه الحالة ...... حتى لو عشت معه .... فلن تشعرين بالحزن إذا ما أقدم على عمل لا ترضين عنه ، لأنك لم تعودي تعتبرينه مصدر السعادة الوحيد بالنسبة لك؟

المريضة : نعم .

المعالج : إذا استطعت مجابهة هذه الأفكار بنجاح فسوف تتخلصين من المشكلة التي أنت فيها الآن ... أليس كذلك ؟

المريضة : نعم .

المعالج : وسوف تحسين بأنك أكثر إقبالا على الحياة .... هل بإمكانك تصور نفسك وقد تخلصتي من هذه الأوهام بصرف النظر عن علاقتك مع زوجك ..... هل تستطيعين تصور نفسك وقد انتصرتي على هذه الأفكار ، على الأقل إلى الحد الذي تستطيعين فيه التفكير في بدائل أخرى ؟

المريضة : اعتقد أن ذلك ممكن التحقيق .

المعالج : هل تعرفين أناس استطاعوا عمل ذلك ؟

المريضة : شيء معقول من الناحية الموضوعية .

المعالج : هل تعتقدين أنه الممكن بالنسبة لك ؟

المريضة : ربما .

المعالج : هل تعتقدين أن ذلك يستحق المحاولة ؟

المريضة : سأكون مستعدة للمحاولة .

المعالج : إذا لديك دافع للمحاولة ؟

المريضة : نعم .

المعالج : حسنا ..... أريد أن أقابلك بعد يومين .... اليوم الاثنين .... ما رأيك في الأربعاء ..... سوف نستعرض بعض الأفكار السلبية التي لديك .... ثم نتعرف على مقدار الرضا الذي حصلت عليه من المطلوب في الواجب المنزلي ....وتتكلم قليلا عن الأوهام .... ليس من الضروري مناقشة ما إذا كنت ستتحدثين مع زوجك أم لا ... أعتقد أن المشكلة تكمن في التغلب على هذه الأوهام التي بدأت معك منذ فترة طويلة مما جعل أثرها عليك قويا، ولكن كون هذه الأفكار تكونت لديك منذ فترة طويلة لا يعني بالضرورة أنها ستبقى معك إلى الأبد. وهكذا سوف نخصص جزء من العلاج لتحليل هذه الأفكار وتخليص نفسك منها ... سيكون ذلك أول أهداف العلاج وبعد تحقيقه ننتقل إلى أهداف أخرى.

المريضة : حسنا .

المعالج : هل حدث شيء أو قلت أنا أو أنت شيء أغضبك؟

المريضة : أعتقد أن الحديث حول الموضوع يجعلني أتألم مؤقتا ولكن من الضروري طبعا التعامل معه لكي نتمكن من إيجاد حل له .

المعالج : أنت إذن ترين أن الشعور بعدم الارتياح الآن أمر ضروري للدخول إلى المشكلة وبالتالي التعامل معها .... هل تصدقين بذلك فعلا ؟ إن الألم الذي تشعرين به الآن ألم ضروري وليس ألم عديم الفائدة، مثل الألم الذي يصاحب الشعور بأن الشخص مرفوض من شخص آخر. الألم الذي تشعرين به الآن له مردود إيجابي .... إذن بدأتي ترين أن هناك حلول ممكنة لمشكلتك ؟

المريضة : قد يكون هناك حلول ممكنة .

المعالج : هل لديك أي سؤال تودين طرحه علي ؟

المريضة : أعتقد أنني فهمت ما دار في الجلسة (Beck and Young,1979).

الفصل الثامن : سجل الأفكار

يعتبر سجل الأفكار التلقائية (أحيانا يسمى السجل اليومي للأفكار غير الفعالـة) من الفنيات الهامة في العلاج الاستعرافي السلوكي ، حيث أنه يوفر للمريض ، بالإضافة إلى الفنيات الاستعرافية السلوكية الأخرى ، آليـة لتحديـد وتحليـل الأفكار التلقائية غير الفعالة (Liese and Frana,1996) وبالتالي إيجاد بدائـل لها (Wright,1996) . ويحرص المعالجون الاستعرافيون السـلوكيون علـى البدء في تقديم سجل الأفكار وتوضيح المطلوب فيه للمريض في مراحل مبكرة من العلاج الاستعرافي الانفعالي. وقد تم استخدام أشكال مختلفة لهذا السجل في العلاج الاستعرافي السلوكي ولكن يعد الشكل الذي استخدم من قبل قرينـبرقر وباديسكي (Ggeenberger & Padesky,1995) (انظر الشكل الكامل لـهذا السجل في الجدول رقم (١) – الصفحة التالية) من أكثر السجلات المستخدمة دقة وشمولاً. و في الصفحات التالية سوف يتم شرح طريقـة اسـتخدام هـذا السجل بشيء من التفصيل. ويفضل قبل أن تبدأ في تقديم السجل للمريـض، إذا لم تكن قد تحدثت مع المريض عن الأفكار التلقائية وتأكدت من أنه يفهم ما هـو المقصود بذلك من قبل،أن توضح له المقصود بالأفكار التلقائية، مـن وجهـة النظر المعرفية السلوكية، على النحو التالي:

المعالج : دعنا نقضي بعض الوقت في الحديث عن المواقف والأفكار التلقائية والانفعالات التي سوف تسجل في سجل الأفكار. هل بإمكـانك تذكـر بعض الأوقات التي شعرت بالضيق(عدم الارتياح) فيها ؟

المريض : نعم ، بينما كنت في طريقي إلى قاعة المحاضرات هذا الصباح.

المعالج : بما شعرت: حزين ،....... قلق، ....غاضب ؟

المريض : حزين.

جدول رقم (١)

سجل الأفكار

١) الموقف: – مع من؟ – ماذا كنت تفعل؟ – متى كان ذلك؟ – أين كنت؟	٢) الحالة النفسية: أ/ بما شعرت ب/ قيّم كل شعور (٠ - ١٠٠%)	٣) الأفكار التلقائية (صور ذهنية): أ/ بما كنت تفكر قبل أن تشعر بهذا الشعور (المشاعر) ب/ ضع دائرة على الفكرة (المؤثرة)	٤) الأدلة التي تدعم الفكرة المؤثرة:	٥) الأدلة التي تتعارض مع الفكرة المؤثرة:	٦) الأفكار البديلة/الموازنة أو المعدلة: أ/ أكتب فكرة بديلة أو معادلة للفكرة التي تثير الانفعالات السلبية لديك ب/ قيّم مدى تصديقك لكل فكرة بديلة (٠- ١٠٠%)	٧) قيّم حالتك النفسية الآن: أعد تقييم الشعور (المشاعر) التي شعرت بها في العمود ٢ وكذلك أي مشاعر جديدة

المعالج : ما الذى كان يدور بخاطرك ؟

المريض : كنت انظر إلى الطلاب الأخرين، يتحدثون أو يلعبون الكرة، أو جالسون في الكافتيريا.

المعالج : ما الذي كان يجول بخاطرك عندما رأيتهم ؟

المريض : لن أكون في يوم ما مثلهم.

المعالج : حسنا. لقد ذكرت الآن ما نسميه بالفكرة التلقائية. وهي من الأفكار الموجودة لدى كل الناس ويبدو وكأنها تظهر فجأة في رؤوسنا؛ لا نتعمد التفكير فيها: لذلك نسميها تلقائية. تظهر هذه الأفكار بسرعة في معظم الأوقات ويكون وعينا بالانفعالات (في هذه الحالة الحزن) أكثر من وعينا بالأفكار. وفي الغالب تكون هذه الأفكار مشوّهة بشكل أو بآخر ولكننا نتفاعل معها وكأنها حقائق.

المريض : نعم.

المعالج : سنحاول تدريبك على تحديد أفكارك التلقائية ثم فحصها للتأكد من مدى دقتها. على سبيل المثال سوف نقيّم بعد قليل الفكرة " لن أكون مثل هؤلاء الطلاب في يوم من الأيام " . ما الذي سيحدث لمشاعرك لو اكتشفت أن هذه الفكرة غير صحيحة – وأنه عندما يزول عنك الاكتئاب ستدرك أنك مثل بقية الطلاب.

المريض : سوف اشعر بالارتياح.

المعالج : دعنا نكتب ذلك على الورقة. عندما ظهرت لديك الفكرة " لن أكون في يوم ما مثل هؤلاء الطلاب "شعرت بالحزن. ألا ترى أن ما تفكر به يؤثر على ما تشعر به ؟

المريض : نعم.

المعالج : هذا ما نسميه بالنموذج الاستعرافي. وما سوف نقوم به هو تدريبك على تحديد أفكارك التلقائية عندما تلاحظ أن هناك تغيّر في مشاعرك. هذه هي الخطوة الأولى. سوف تتدرب عليها حتى تصبح سهلة بالنسبة لك. وبعد ذلك سوف تتعلم كيف تقيّم هذه الأفكار وتستبدلها عندما تلاحظ أنها تفتقر إلى الدقة. هل هذا واضح بالنسبة لك ؟

المريض : أعتقد أنه واضح .

المعالج : ما رأيك في أن تكتب ذلك؟ (١) حدد الأفكار التلقائية و(٢) قيّم واستجب لهذه الأفكار .... هل بإمكانك أن توضح لي العلاقة بين الأفكار والمشاعر ؟.

المريض : أحيانا تكون لدى أفكار خاطئة تجعلني أتضايق ولكن ما العمل إذا كانت الأفكار صحيحة ؟

المعالج : هذه مسألة هامة. في هذه الحالة نحاول إيجاد حل للمشكلة أو نحاول التعرف على ما يدعو للحزن إذا كانت الأفكار صحيحة. ومع ذلك فالاحتمال كبير في أنك سوف تجد أن هناك بعض الأخطاء في اسلوب التفكير لديك بسبب ما تشعر به. الأفكار السلبية جزء من الحالة النفسية السلبية.(المزيد من الأمثلة على المواقف والأفكار التلقائية)

المعالج : للمراجعة، هل باستطاعتك أن تقول لي ما تعرفه حول الأفكار التلقائية وعلاقتها بالمشاعر ؟

المريض : أحيانا تقفز الأفكار التلقائية إلى ذهني واقبلها كحقائق ثم أشعر بالحزن، بالتوتر.........الخ.

المعالج : ممتاز. ما رأيك في أن يكون الواجب المنزلي لهذا الأسبوع أن تحاول تحديد بعض الأفكار التلقائية في هذا السجل (تقدم له سجل

الأفكار وتشرح له المطلوب وربما كان من المستحسن أن تطلب منه إكمال بعض الأعمدة، وليس كلها، ويعتمد ذلك على تقديرك لمدى قدرته على إكمال ما هو مطلوب منه كواجب منزلي وإحضارها معك الجلسة القادمة).

المريض : حسنا

المعالج : ما الذي دعاني إلى طلب ذلك من وجهة نظرك ؟

المريض : لأن الأفكار لا تكون دقيقة دائما وإذا ما قمت بالتعرف عليها عملت على تغييرها لكي تتحسن حالتي.

المعالج : صحيح. ما رأيك في كتابة المطلوب كواجب منزلي وهو: كلما لاحظت تغير في مزاجي؛ سألت نفسي: ما الذي يدور في ذهني الآن ؟ (J.Beck,1996).

وفيما يلي شرح لطريقة إكمال كل عمود من هذه الأعمدة السبعة بشيء من التفصيل.

أولا : الموقف (العمود الأول) :

يسجل في هذا العمود، بأكبر قدر ممكن من الدقة، الموقف الذي انتابك (الكلام موجه للمريض) فيه الشعور. حاول تحديد الوقت الذي تتحدث عنه. على سبيل المثال الساعة؛ ٨:٣٠ صباحا يوم السبت في قاعة المحاضرة وليس يوم السبت فقط.

وسوف نستعين بأربعة سجلات للأفكار(ليس من الضروري عرض هذه الأمثلة على المرضى، الهدف الأساسي من عرضها هنا هو إعطاء القارئ فكرة واضحة عنها) قام بملئها بدر(٧٠ سنة) يشكو من الاكتئاب ، مريم (٣٦ سنة) تعاني أيضا من الاكتئاب ، ليلى (٢٩ سنة) تعاني من نوبات الفزع وفادى (٤٩ سنة)، الذي يتلقى العلاج للتخلص من مشكلة الاعتماد على الكحول

بالإضافة إلى الاكتئاب. وفيما يلي استجاباتهم للعمود الأول من سجل الأفكار:

١- الموقف (بدر)	١-الموقف (مريم)	١- الموقف (ليلى)	١-الموقف (فادي)
٢٠/صفر. كنت أستعد للذهاب إلى ابني لتناول الطعام (اجتماع عائلي) الساعة ١ ظهراً	الساعة ١ بعد الظهر. كنت انتظر وصول مديرة المدرسة التي تنوي التأكد من قيامي بعمل طلب مني في وقت سابق	الساعة الرابعة عصراً. كنت اشتري بعض الحاجات للأولاد	الخميس الساعة ٥ عصراً. كنت أتشاجر مع زوجتي حول بعض الأمور العائلية

أسئلة تساعد على إكمال العمود الأول:

يتم توضيح هذه الأسئلة(وكذلك الأسئلة الخاصة ببقية الأعمدة) من قبل المعالج وتعطى للمريض إذا لم تكن مكتوبة في السجل.

١- من الذي كان معك ؟

٢- ماذا كنت تفعل ؟

٣- متي حدث ذلك ؟

٤- أين كنت ؟

ثانيا: الحالة النفسية (العمود الثاني)

في هذا العمود يتم تسجيل الشعور (المشاعر) الذي انتاب المريض في الموقف الذي ذكر العمود الأول وكذلك تقييمه له (لها): وضع درجة.

في الغالب يوصف الشعور(الانفعال) بكلمة واحدة. قد يكون هناك أكثر من شعور، وفي هذه الحالة تكتب كلها وتقيم . إذا وصف المريض شعوره بجمله كاملة فقد يكون ما يتحدث فكرة وليس شعور، و إذا كان الأمر كذلك فسجل

الجملة في العمود الخاص بالأفكار وأبحث عن كلمة تصف الشعور لتسجيلها في العمود (٢) .

إذا رغب من يعاني من نوبات الفزع أو القلق في تسجيل الأعراض الجسمية التي تصاحب هذين الاضطرابين فمن الممكن تسجيلها في هذا العمود.
الأعراض المقصودة هنا تشتمل مثلاً على تعرق (كلمة واحدة) أو أكثر من ذلك – سرعة نبضات القلب أو غير ذلك.

٢- الحالة النفسية: أ-بما شعرت ب- قيّم كل شعور (٠-١٠)	٢- الحالة النفسية: أ-بما شعرت ب- قيّم كل شعور (٠-١٠)	٢- الحالة النفسية: أ-بما شعرت ب- قيّم كل شعور (٠-١٠)	٢- الحالة النفسية: أ-بما شعرت ب- قيّم كل شعور (٠-١٠)
حزن %٨٥	اكتئاب %٩٠	خوف %١٠٠	غضب %٩٩
ندم %٨٠	عصبية %٩٥	فزع %١٠٠	ألم نفسي %٩٥
	خوف %٩٧		حزن %٧٠

ثالثا:الأفكار التلقائية (الصور الذهنية) العمود الثالث :

يتم في العمود الثالث تحديد أي شيء خطر في بال المريض في الموقف الذي وصفه. قد تكون الأفكار لفظية أو مرئية (Visual). إذا كانت الأفكار على شكل صور ذهنية فيجب وصفها بكلمات. وبصورة عامة تسجل في هذا العمود: الأفكار ،الاعتقادات ، الصور الذهنية والمعاني التي تعطي للموقف كما هو موضح في الجدول رقم ٢ **(الصفحة التالية) ((أمثلة على ذلك لنفس الأشخاص الأربعة(الذين استخدمت استجاباتهم في العمودين السابقين) وبنفس الترتيب))** :

جدول رقم(٢)

٣-الأفكار التلقائية (الصور الذهنية) أ/ بما كنت تفكر قبل أن تشعر بهذا الشعور (المشاعر) ب/ضع دائرة على الفكرة المؤثرة	٣- الأفكار التلقائية (الصور الذهنية) أ/ بما كنت تفكر قبل أن تشعر بهذا الشعور (المشاعر) ب/ضع دائرة على الفكرة المؤثرة	٣-الأفكار التلقائية (الصور الذهنية) أ/ بما كنت تفكر قبل أن تشعر بهذا الشعور (المشاعر) ب/ضع دائرة على الفكرة المؤثرة	٣-الأفكار التلقائية (الصور الذهنية) أ/ بما كنت تفكر قبل أن تشعر بهذا الشعور (المشاعر) ب/ضع دائرة على الفكرة المؤثرة
- هذه المناسبات محزنة - لدى ولدين يعيشان مع عوائلهم في بلد آخر - لا أستطيع رؤيتهم بالقدر الذي أتمناه - عائلتنا لم ولن تعود كما كانت - الحياة السعيدة التي عشتها لن تكرر	-العمل لم يكتمل بعد وما أنجز منه لم ينجز كما ينبغي - سأفشل في إتمام العمل على الوجه المطلوب - لن أحصل على الترقية الوظيفية التي انتظرها منذ فترة - سوف يتم فصلي من وظيفتي - سوف أكون في موقف لا أحسد عليه أمام عائلتي إذا ما علموا بفشلي في العمل	- بدأ قلبي بالخفقان - بدأت أتعرق - قد تتوقف عملية التنفس لدى - لا أستطيع أخذ ما يكفيني من الهواء - أحس بضيق في صدري - سوف أصاب بأزمة قلبية - أنا أفقد التحكم بنفسي - سوف أموت - أحتاج إلى رعاية صحية (صور ذهنية) - أستطيع رؤية نفسي ملقي على الأرض ولا أستطيع أن أتنفس	- زوجتي لا تهتم بما أريده - نحن دائماً نلبى طلباتها - هي التي تتحكم بكل شيء - أنا أكره كوني غاضباً بصورة مستمرة

بعض الأسئلة التي تساعد على استنباط الأفكار التلقائية:

١- ما الذي كان يجول بخاطري قبل أن أشعر بما أشعر به الآن ؟
٢- ماذا يعني ذلك بالنسبة لي ، بالنسبة لحياتي أو بالنسبة لمستقبلي ؟
٣- ما الذي أخاف أن يحدث ؟
٤- ما هو أسوأ شيء يمكن حدوثه إذا كان ذلك صحيحا ؟
٥- ما علاقة ذلك بشعور وأفكار الناس من حولي ؟
٦- ما الذي يعنيه ذلك بالنسبة لشخص معين أو بالنسبة للناس بصورة عامة ؟
٧- ما هي الخيالات أو الذكريات التي تصاحب وجودي في هذا الموقف ؟

الأفكار المؤثرة :

يقصد بالفكرة المؤثرة، الفكرة الأكثر قدرة على إثارة الانفعال ، ولذلك فهي من الأفكار(قد يكون لدى المريض عدد من الأفكار المؤثرة التي تثير الانفعالات لديه – ويتم التعامل مع كل واحدة على حدة) التي يجب تحديدها وتفحصها وأحيانا تبديلها لكي نتمكن من التخلص من الانفعالات السلبية .

ولتحديد الأفكار المؤثرة يطلب من المريض، بعد تسجيل الأفكار التلقائية،ذكر الانفعال الذي تثيره كل فكرة ثم يقيم شدة كل انفعال (١٠ – ١٠٠ %) وتكون الأفكار المؤثرة هي تلك التي تكون درجة الانفعالات المرتبطة بها عالية، على سبيل المثال :

الفكرة	الانفعال المصاحب(الحالة النفسية)
لن يرضى عن ما قمت به	*توتر ٣٠ %*
هذا يعني أنني شخص سيئ	*توتر ٩٠ %*

((من الواضح هنا أن "هذا يعنى أنني شخص سيئ" هي الفكرة الساخنة(المؤثرة))) .

رابعاً : الأدلة التي تدعم الفكرة المؤثرة (العمود الرابع):

من الأمور التي يحرص عليها المعالج الاستعرافي السلوكي تشجيع المريض على استنباط ما يؤيد وكذلك ما يعارض الأفكار المرتبطة بمشكلاته الانفعالية ، ولذلك فإن للسؤال (أين الدليل ؟) أهمية كبيرة في هذا النوع من العلاج والعمود الرابع هنا مخصص للأدلة التي تدعم فكرة المريض (الفكرة المؤثرة) في العمود الثالث.

يجب أن يشتمل هذا العمود على الأدلة الحقيقية التي تؤيد الفكرة المؤثرة وليس على التفسيرات وقراءة الأفكار: على سبيل المثال (بدر حدق فيني) مثال حقيقي ولكن عبارة (بدر حدق فيني وهو يعتقد أنني معتوه) ليست حقيقية ما لم يكن بدر قد قال ذلك فعلاً .

وللإيضاح سوف نورد أمثلة لأدلة تدعم الأفكار المؤثرة لكل من بدر ومريم وليلى وفادي على التوالي(أنظر الجدول رقم ٣ في الصفحة التالية).

جدول رقم(٣)

٤-الأدلة التي تدعم الفكرة المؤثرة	٤-الأدلة التي تدعم الفكرة المؤثرة	٤-الأدلة التي تدعم الفكرة المؤثرة	٤-الأدلة التي تدعم الفكرة المؤثرة
- في السابق كنت أساعد حفيدتي في ربط حزام حذائها أما الآن فهي تقوم بذلك بنفسها - لابنتي وزوجها حياتهما الخاصة ولم يعودوا في حاجة لمساعدتي - خرج أحمد (١٥ سنة) من المنزل لمقابلة أصدقائه - قام زوج ابنتي بالأعمال،التي كان قبل ثلاث سنوات يطلب مساعدتي في القيام بها، بمفرده	- أنا عديمة الفائدة - أريد التخلص من هذه الحياة - من الصعب تحمل هذا الألم - التخلص من الحياة هو ما سوف يخلصني من هذا الألم - جربت أنواع عديدة من العلاج النفسي وعدد من المعالجين وأنواع كثيرة من الأدوية ولم أحصل على نتيجة مرضية	- لدى خفقان - أنا أتعرق وهذين العرضين من أعراض الأزمة القلبية	- لا تهتم بذهابي إلى المستشفى لحضور جلسات الوقاية من الانتكاس (العودة إلى استخدام الكحول) - تدفعني للقيام بأشياء لا أريد القيام بها - لا تقدر ما أقوم به من أعمال - تنظر إلي بازدراء - تكثر من الصراخ عليّ
الفكرة المؤثرة *- لم يعد الأولاد وكذلك الأطفال في حاجة لي*	الفكرة المؤثرة *- الألم شديد إلى درجة أنني لم أعد أطيق الحياة*	الفكرة المؤثرة *- أنا الآن مصاب بأزمة قلبية*	الفكرة المؤثرة *- إنها لا تهتم بي*

خامسا:الأدلة التي تتعارض مع الفكرة المؤثرة (العمود الخامس):

تدفع الأفكار التلقائية السلبية المريض إلى البحث والتركيز على المعلومات التي تؤيد ما توصل إليه من قرارات . وهذا بالطبع يطيل فترة استمرار الانفعالات السلبية لديه .

في العمود الخامس يطلب من المريض أن يقوم بعملية بحث جادة في ذاكرته(الأسئلة السوقراطية والاكتشاف الموجه) بهدف استدعاء الخبرات التي لا تنسجم مع أفكاره السلبية. وفي معظم الحالات تكون النتيجة أن يتوصل المريض إلى ما يدلل فعلاً على أن ما توصل إليه من أفكار سلبية لم تكن دقيقة، الأمر الذي يجعله يعيد النظر في هذه القرارات وبالتالي يكون قادراً على تصحيحها أو استبدالها بأفكار أخرى .

كان بدر، على سبيل المثال، يعتقد أن عائلته لم تعد بحاجة إليه وأنه أصبح سلعة مستهلكة ولكنه اكتشف بعد أن قام بعملية بحث في ذاكرته أن هناك وقائع تناقض ما توصل إليه وأن عائلته لا زالت تحتاج إلى مساعدته وتقدر خبراته وقدراته .

وفي الجدول رقم ٤ (الصفحة التالية) أربعة أمثلة لما يتم عمله في العمود الخامس لنفس المرضى الأربعة بدر، مريم ، ليلي وفادي على التوالي. في هذه الاستجابات يلاحظ القارئ أنه على الرغم من أن هناك بعض الأدلة التي تدعم الفكرة السلبية المؤثرة (العمود الرابع) هناك أيضاً أدلة كثيرة لا تتفق معها.

جدول رقم(٤)

٥-الأدلة التي تتعارض مع الفكرة المؤثرة	٥-الأدلة التي تتعارض مع الفكرة المؤثرة	٥-الأدلة التي تتعارض مع الفكرة المؤثرة	٥-الأدلة التي تتعارض مع الفكرة المؤثرة
- طلب مني زوج ابنتي النصيحة بخصوص بناء غرفة جديدة - طلبت مني ابنتي مساعدتها في منع اصفرار الأشجار في الحديقة وشرحت لها الكيفية التي تمنع بها ذلك - استطعت إضحاك حفيدتي مرات عديدة خلال اليوم - استمتع حفيدي الصغير بالقصص التي رويتها له عن سلوك أخته عندما كانت صغيرة . - استسلم حفيدي (٥ سنوات) للنوم عندا وضعته في حضني.	- خبراتي السابقة تدلل على أن الحديث عن مشاعري يجعلني أشعر بالارتياح . - شعرت في الماضي بالرغبة في التخلص من الحياة وبآلام نفسية شديدة ولكنني كنت أتغلب على ذلك وأعود إلى وضعي السابق . - تعلمت أن التفكير بطريقة مختلفة يساعدني في تحسن حالتي كما أنني أملك خصال إيجابية كثيرة وإن بإمكاني تقديم الكثير من الأعمال المفيدة للناس. - أشعر بعض الأيام بالتحسن وبزوال الألم النفسي.	- قد يكون الخفقان ناتج عن القلق - أخبرني طبيبي بأن القلب عضلة وحيث أن استخدام العضلات غير ضار فإن الخفقان الذي أعاني منه غير ضار أيضا . - سبق وأن حدث لي ذلك في المطارات وفي الطائرات وعندما أفكر في الطيران . - كانت الخفقانات التي أتعرض لها تزول عندما أقرأ مجلة أو أتنفس بطريقة صحيحة أو أقوم بكتابة (سجل الأفكار التلقائية) أو لا أتوقع حدوث مكروه لي بصورة مبالغ فيها .	- صبرت على طيلة السنين الماضية التي كنت أعاني فيها من مشكلات الإدمان على الكحول . - كانت تشجعني على الذهاب إلى المستشفي لحضور جلسات منع الانتكاس لمدة سنة - كانت سعيدة لرجوعي إلى المنزل من العمل هذه الليلة . - تخبرني دائما بأنها تحبني وتقوم بعمل ما أطلب منها عندما تنتهي المشاجرة بيننا (عند ما لا يكون هناك خلاف).

أسئلة تساعد على التوصل إلى أدلة تناقض الأفكار المؤثرة :

١- هل سبق وأن حدث لي شيء يشير إلى أن هذه الفكرة غير صحيحة
%١٠٠

٢- ما الذي سأقوله لصديق عزيز عليّ إذا علمت بأن لديه مثل هذه الأفكار ؟

٣- ماذا سيقول صديق لي اذا علم بأن لدي مثل هذه الأفكار ؟ ما هي الأدلة التي سوف يذكرني بها والتي توحي بأن هذه الفكرة غير دقيقة ؟

٤- هل في العادة أفسر الموقف بطريقة مختلفة عندما تكون مشاعري مختلفة ؟ كيف ؟

٥- ما الأفكار التي ساعدتني في الماضي على التخلص من المشاعر السلبية؟

٦- هل سبق وأن تعرضت لهذا الموقف من قبل ؟ ما الذي حدث ؟ هل هناك فرق بين الموقف الحالي وبين المواقف السابقة ؟ ما الذي تعلمته من الخبرات السابقة وبالذات ما قد يفيدني الآن ؟

٧- هل هناك بعض الأشياء التي أقلل من أهميتها مع أنها في الواقع تنفي دقة أفكاري؟

٨- هل سأنظر لهذا الموقف نظرة مختلفة بعد خمس سنوات من الآن ؟ هل سأركز على جوانب مختلفة حول هذه الخبرة ؟

٩- هل تجاهلت أشياء إيجابية فيني أو في الموقف؟

١٠-هل توصلت إلى قرارات غير مبررة في العمود ٣ والعمود ٤ ؟

١١-هل أنا ألوم نفسي على أشياء لا أستطيع التحكم فيها ؟

سادساً: الأفكار البديلة الموازنة أو المعدلة (العمود السادس):

اضافة معلومة جديدة في كثير من الأحيان يغيّر تفسيرك للموقف بشكل جذري ويحدث تغييرات كبيرة على انفعالاتك (قد يزول الشعور بالحزن الذي ينتابك إذا فشلت في شيء مهم إذا علمت أن ٩٥ % من الذين حاولوا القيام بالشيء

نفسه قد فشلوا أيضا) .

إذا تبين لك بعد مراجعة ما كتبته في العمود ٤ وفي العمود ٥ أن الفكرة الأصلية (المؤثرة) التي كتبتها في العمود ٣ غير دقيقة فأكتب الفكرة (الأفكار) البديلة في العمود السادس وكذلك درجة التصديق بها. وفي الجدول رقم ٥ (الصفحة التالية) أمثلة على ذلك لنفس الأشخاص الأربعة على التوالي.

وكما تلاحظ في الأمثلة السابقة تكتب الفكرة (الأفكار) البديلة في هذا العمود إذا كانت الأدلة لا تدعم الفكرة (الأفكار) التلقائية غير الفعالة. أما إذا كانت الأدلة تدعم جزئيا الفكرة (الأفكار) التلقائية غير الفعالة فتكتسب فكرة موازنة / معدلة تكون عبارة عن ملخص للأدلة التي تؤيد وللأدلة التي تناقض الفكرة التلقائية الأصلية لا ينسجم مع محتوى الفكرة التلقائية غير الفعالة.

أسئلة تساعد على التوصل إلى تفكير بديل :

١- بناء على ما كتب في العمود ٤ والعمود ٥ من أدلة هل هناك طريقة بديلة للتفكير في الموقف أو لفهمه ؟
٢- أكتب جملة تلخص كل الأدلة التي تدعم (العمود ٤) وجملة تلخص كل الأدلة التي تتعارض مع الفكرة المؤثرة (العمود ٥). هل ربط هاتين الجملتين بحرف (و) يحولهما إلى فكرة متوازنة تأخذ بعين الاعتبار كل المعلومات التي تم الحصول عليها.
٣- لو افترضنا أن لدى شخص عزيزا عليك ، وقع في هذا الموقف ، هذه الأفكار وهذه المعلومات فما النصيحة التي سوف تسديها له؟ كيف من وجهة نظرك يجب أن يفهم الموقف ؟
٤- إذا افترضنا أن ما تفكر به صحيح فما هو أسوأ شيء ممكن حدوثه ؟ اذا كان ما تفكر به صحيحا فما هو أفضل شيء ممكن حدوثه ؟ وإذا كان ما تفكر به صحيحا فما هي النتيجة المعقولة لذلك ؟

جدول رقم(٥)

٦-الأفكار البديلة /الموازنة أو المعدلة	٦-الأفكار البديلة /الموازنة أو المعدلة	٦-الأفكار البديلة /الموازنة أو المعدلة	٦-الأفكار البديلة /الموازنة أو المعدلة
- صحيح أن أولادي لم يعودوا بحاجة إليّ كما كانوا في السابق ولكنهم يستمتعون بالجلوس معي ويطلبون النصح مني ٨٥ % - كنت محل اهتمامهم عندما اجتمعنا لتناول الطعام ولو أن هذا الاهتمام أقل مما كان عليه في السابق ٩٠%	- على الرغم من أن الألم النفسي الذي أعاني منه شديد فإن التحدث عنه يساعد على تخفيفه كما حدث معي في الماضي ١٥ % - من المهم إدراك أن هذا الألم لن يدوم وأنني سوف أشعر بالتحسن مرة أخرى ١٠% - التخلص من الحياة ليس الحل الصحيح ٢٠% - تعلمت مهارات جديدة قد تساعدني على تغيير الأنماط السلوكية القديمة الموجودة لدى ١٥% (من الواضح أن درجة تصديق مريم بالأفكار البديلة لم تصل إلى الحد المرغوب وهذا يعني أنها في حاجة إلى المزيد من البحث عن ما يقوى هذه الأفكار البديلة ومن الممكن تدعيم هذه الأفكار باستخدام التجارب السلوكية التي سوف يتم التطرق لها في الجزء الخاص بها)	- الخفقان والتعرق ناتج عن قلقي وخوفي حول ركوب الطائرة ٩٥ % - أكد لي طبيبي أن الخفقان غير خطر، بالضرورة، وأن قلبي يعود إلى وضعه الطبيعي خلال دقائق ٨٥ %	- كانت نظراتها غير الإيجابية لي بسبب وجود أشياء تشغل بالها ١٠٠ % - وقفت إلى جانبي وشجعتني على حضور جلسات المستشفي وعلى الامتناع عن العودة إلى شرب الكحول ١٠٠% - هي تهتم بي ٨٠%

٥- هل يستطيع شخص، تثق به، فهم الموقف بشكل آخر ؟

سابعاً : قيم حالتك النفسية الآن (العمود السابع) :

في هذا العمود يقوم المريض بإعادة تقويم الانفعالات التي كتبتها في العمود الثاني بعد إكمال الأعمدة الستة الأولى في سجل الأفكار. وفي معظم الأحيان يكون هناك تغييرات إيجابية على الانفعالات التي يشكو منها المريض.

وهنا بعض الأمثلة لنفس الأشخاص الأربعة على التوالي :

٧- أعد تقويم الشعور (المشاعر) التي شعرت بها في العمود ٢ وكذلك أي مشاعر جديدة	٧- أعد تقويم الشعور (المشاعر) التي شعرت بها في العمود ٢ وكذلك أي مشاعر جديدة	٧- أعد تقويم الشعور (المشاعر) التي شعرت بها في العمود ٢ وكذلك أي مشاعر جديدة	٧- أعد تقويم الشعور (المشاعر) التي شعرت بها في العمود ٢ وكذلك أي مشاعر جديدة
حزن ٣٠ %	اكتئاب ٨٥ %	خوف ٢٥ %	غضب ٤٠ %
ندم ٤٠ %	عصبية ٨٠ %	فزع ٢٠ %	ألم نفسي ٣٥ %
	خائفة ٩٠ %		حزن ٣٠ %

كما تلاحظ في الأمثلة السابقة حدثت تغيرات إيجابية كبيرة على انفعالات بدر ، ليلي وفادي ولكن التغير كان طفيفاً بالنسبة لمريم . وإذا ما لاحظت درجة تصديق مريم للأفكار البديلة في العمود السادس وجدت أنها منخفضة أيضاً وهكذا طالما أنها لم تصدق بالأفكار البديلة فإن احتمال تحسن حالتها يكون ضعيفاً تبعاً للنموذج الاستعرافي السلوكي للاضطرابات النفسية، وهذا لا يعني أنها لن تستفيد من العلاج بقدر ما يشير إلى أنها في حاجة إلى المزيد من العمل مع الأفكار غير الفعالة من خلال التعامل اللفظي مع هذه الأفكار ومن خلال القيام بتجارب سلوكية (أنظر الجزء الخاص بالتجارب السلوكية في هذا

القيام بتجارب سلوكية (أنظر الجزء الخاص بالتجارب السلوكية في هذا الكتاب) لتفحص هذه الأفكار وإيجاد أفكار فعالة بديلة لها.

ملاحظات عامة حول سجل الأفكار :

(١) كلما زاد عدد سجلات الأفكار التلقائية التي تم إكمالها كلما كان التحسن أسرع .

(٢) هناك صعوبة في استنباط أدلة تقنع المريض بأن اعتقاداته غير دقيقة ولكن قيام المريض بالبحث عن وتسجيل (كتابة) الأدلة التي تؤيد وكذلك التي تتعارض مع الاعتقاد هي السر وراء خفض حدة الانفعالات السلبية .

(٣) أحيانا يقول المريض لماذا يجب على كتابة الأدلة في السجل ، ألا يكفي أن أتذكرها. وفي هذا الخصوص أثبتت الممارسة الإكلينيكية للعلاج الاستعرافي السلوكي أن أثر الأدلة المكتوبة في تغيير الأفكار غير الفعالة أقوى بكثير من أثر الأدلة التي يتذكرها المريض فقط .

(٤) الأفكار البديلة (العمود السادس) ليست تفكير إيجابي (كأن يقول الفرد ليس هناك مشكلة) أو إيجاد مبررات منطقية كأن يقول الفرد(هم فعلا قاموا ولكن لماذا اهتم بما حدث). التفكير بهذه الطريقة قد يؤدي إلى مشكلات أكبر. فلو أن بدر مثلا قال (هم يريدونني أكثر من أي وقت مضى) (تفكير إيجابي) فقد يؤدي به ذلك إلى تجاهل التغييرات الإيجابية الحقيقية في عائلته، ولو قال (هم لم يعودوا بحاجة إلى وهذا شيء لا يهمني) فقد يزيد ذلك من شعوره بالعزلة .

(٥) يجب أن تعتمد الأفكار البديلة على الأدلـــة لأن ذلـك يساعد المريض على فهم خبراته بطريقة تقلل من ألمه النفسي وتزيد من احتمال عدم تعرضه له مستقبلا لأن هذا النوع من الأدلة أكثر قابلية للتصديق من التفكير الإيجابي أو التفكير المنطقي .

(٦) الهدف من سجل الأفكار ليس التخلص الكـامل من الانفعالات السلبية بقدر ما هو جعل الانفعال يتناسب فعلا مع الموقف .

(٧) بعد إكمال من ٢٠ – ٥٠ سجل للأفكار يكون بمقدور معظم النـاس التوصل إلى أفكار بديلة أو متوازنة في المواقـف الصعبـة دون حاجة لإكمال سجلات الأفكار. وعندما يصل المريض لهذه النقطة يقل عدد المواقف التي تزعجه بشكل أكثر من المعتاد لأنه يكـون بإمكانه التعامل بنجاح مع المواقف التي تواجهه مما يـؤدى إلـى تحسن كبير في حالته.

(٨) إذا لم يحدث تحسن في حالة المريض باستخدامه سجل الأفكار فقـد يكون من الضروري التعامل مع الأفكار الأساسـية Core belief (المخطوطة) التي تم التطرق لها (وسوف يتم التطـرق لكيفيـة التعامل معها في مواضع أخرى من هذا الكتاب) (Ggeenberger & Padesky,1995).

الفصل التاسع: التجارب السلوكية وحل المشكلات

قد يتضح للمعالج والمريض بعد القيام بتحديد المواقف والانفعالات والأفكار التلقائية وإيجاد الأفكار البديلة كما يحدث عند إكمال سجل الأفكار أن :

أ/ المريض توصل إلى أفكار بديلة أو موازنة تنسجم مع المعلومات التي يجمعها المريض بالتعاون مع المعالج ولكن درجة تصديق المريض بهذه الأفكار ضعيفة وبالتالي لم تؤدى هذه الأفكار البديلة إلى خفض درجة الانفعالات السلبية لديه. أو: ب/المريض اكتشف بعد إكمال سجل الأفكار أن هناك مشكلة حقيقية تحتاج إلى حل .

الحالة الأولى (أ) تتطلب القيام بتجارب سلوكية لاختبار الاعتقادات البديلة ، والحالة الثانية (ب) تتطلب الشروع في حل ما ظهر من مشكلات (Greenberger & Padesky,1995) . وهذا ما سوف نتحدث عنه في الصفحات التالية:

التجارب السلوكية :

تصمم التجارب السلوكية بإتباع الخطوات التي تستخدم في البحوث العلمية: تصاغ فروض محددة ثم يقوم الباحث بفحصها، وفي التجارب السلوكية يقوم المعالج بالخطوات التالية :

١- تحديد الفكرة التي سوف يتم تفحصها في التجربة السلوكية: " إذا أخبرت زوجي بما أشعر به فعلاً ، فسوف يغضب مني" .

٢- مراجعة الأدلة :

الأدلة التي تؤيد الفكرة ، وكذلك الأدلة التي تناقضها ، قد يكون هذا الإجراء بحد ذاته عاملاً مساعداً قوياً في إضعاف الأدلة المؤيدة للفكرة السلبية .

٣- صمم تجربة محددة واضحة لاختبار صحة التوقعات الموجودة لدى المريض :

يجب أن يكون ما سيفعله المريض واضحاً لكلا الطرفين ، كما أنه من المفترض أن تصمم التجربة بطريقة يكون احتمال التوصل إلى نتائج إيجابية فيها كبير جداً. من الممكن، على سبيل المثال، إعداد المريض للقيام بتجربة سلوكية لاختبار صحة الفكرة " إذا أخبرت زوجي بما أشعر به فعلا فسوف يغضب مني" من خلال (١) مناقشة الكيفية التي تعبر بها الزوجة عن شعورها و(٢) قيام المعالج باستخدام فنية لعب الأدوار للتأكد من قدرة المريضة على القيام بما هو مطلوب منه في التجربة.

٤- لاحظ النتيجة :

كما هو الحال مع كل الواجبات المنزلية يجب أن تصمم التجربة بطريقة تضمن أن المريض لن يكون خاسراً مهما كانت النتائج. إذا مرت التجربة بسلام فلن يغضب الزوج وهذا شيء جميل: ، تعلمت المريضة بالتجربة أن الأفكار ليست صحيحة دائماً، أما إذا لم تمر التجربة بسلام وغضب الزوج فمن الممكن الاستفادة مما حدث أيضا: ما الخطأ الذي حدث في تنفيذ التجربة؟ هل يكمن ذلك في ما قامت به المريضة ؟ هل تغلبت الأفكار السلبية على نواياها الطيبة ؟ وعندما تحدد المشكلة يكون بالإمكان وضع خطة تتلاءم مع الوضع بطريقة أكثر فعالية في المرة القادمة . وهكذا بالإمكان استخدام ما يبدو وكأنه نتائج سلبية بصورة بناءة .

٥- التوصل إلى نتيجة معينة :

وكخطوة أخيرة من المفيد صياغة فكرة (نتيجة) مبنية على ما حدث ، وفي المثال السابق تكون النتيجة التي تم التوصل إليها " <u>لا تبني افتراضات حول ردود فعل الآخرين تجاهك اكتشف ذلك بنفسك</u>" (Fennell,1991) .

أحياناً يجب أن تطبق المهمة بالتدريج بحيث يبدأ المريض بخطوة صغيرة تصل فيما بعد إلى قيامه بالسلوك المستهدف كما في المثال التالي: أدرك أحد المرضى(الذي يخشى ركوب الطائرات ويخاف من التعرض لنوبة قلبية) وهو في مكتب المعالج، حيث تكون درجة القلق لديه منخفضة، أن التغيرات الجسمية (الخفقان والتعرق وضيق التنفس) مجرد أعراض للقلق وليست مؤشراً على إصابته بأزمة قلبية ولكن عندما تحدث له نوبة الفزع وهو خارج مكتب المعالج يعتقد بأنه سوف يموت .

فبدأ المعالج بمساعدة المريض في القيام بسلسلة من التجارب السلوكية لتفحص أفكاره البديلة عندما يكون قلقا .

١- قام المريض مع المعالج بإجراء بعض التجارب (في مكتب المعالج) التي تهدف إلى زيادة معدل نبضات القلق وإلى التعرق والشعور بالضيق في الصدر (Chest tightness) من خلال قيامه بالجري في مكانه أو ممارسة التنفس السريع (سوف يأتي ذكره في الصفحات التالية). واستطاع المريض بذلك إظهار الأعراض التي تسبب له الفزع خلال دقيقة أو دقيقتين. وكانت درجة القلق لديه منخفضة. (في المكتب – جلبت الأعراض بنفسي باستخدام الجري أو التنفس السريع) وهكذا فإنه من الممكن أن أعاني من سرعة نبضات القلب ومن التعرق دون أن أصاب بأزمة قلبية .

٢- ثم قام المريض بالعديد من التجارب السلوكية بهدف جلب هذه الأعراض خارج مكتب المعالج: مارس المريض بعض التمارين الرياضية لرفع معدل نبضات قلبه وزيادة التعرق لديه بشكل يومي وقام بتفحص اعتقاده بأنه لن يصاب بأزمة قلبية. قد يقول المريض (حسناً ، ليس لدى مشكلة الآن ولكنني قد أصاب بأزمة قلبية لو مارست التمارين لفترة أطول) وفي هذه الحالة بإمكان المعالج أن

يطلب منه زيادة وقت التمارين الرياضية لاختبار هذه الفكرة. لاحظ أن لدى المريض تقارير طبية تثبت أنه لا يعاني من مشكلات قلبية (أو صحية أخرى) وبالتالي فإن بإمكانه ممارسة التمارين الرياضية .

٣ - وكانت الخطوة التالية قيام المعالج بتشجيع المريض على تخيل ركوب الطائرة من البداية حتى النهاية حتى ارتفع معدل نبضات قلبه وزاد تعرقه نتيجة للقلق. أقنعت هذه التجارب المريض أن القلق وحده قد يؤدي إلى زيادة نبضات القلب وإلى التعرق ، واقتنع من خلال تخيل ركوب الطائرة أن ظهور هذه الأعراض لا يعني أنه سيصاب بأزمة قلبية وتمكن أخيراً من حجز مقعد على إحدى الرحلات وهو السلوك الذي كان يتفاداه لفترة طويلة .

وفي الطريق إلى المطار لاحظ المريض لاحظ أن قلبه بدأ في الخفقان فذكر نفسه بالأوقات التي حدث له ذلك عندما كان يمارس التمارين الرياضية أو يشعر بالقلق وكيف أنه لم يصب بأزمة قلبية على الرغم من أنه كان يعتقد أنه سوف يصاب بذلك. وعلاوة على ذلك قام المريض، بهدف التأكيد على أن الأعراض التي ظهرت له وهو في طريقه للمطار، هي أعراض قلق وليست أعراض لأزمة، قلبية قام بتحويل تركيزه (سوف يتم عرض مثال آخر لتوضيح استخدام هذه الفنية في الصفحات التالية وكذل عند الحديث عن فنية صرف الانتباه) على تقرير ينوي إتمامه أثناء رحلته بدلاً من التركيز على جسمه واختفت أعراضه بعد ١٠ دقائق من التركيز على التقرير. أدرك المريض أن تحويل التركيز يخفف من القلق وليس من الأزمة القلبية وبدأ يتنفس بسهولة. وبالنظر إلى ما لاحظه هنا مضافا إلى ما تعلمه من التجارب السلوكية السابقة – تأكد أن مشكلته مشكلة قلق وليست وجود مرض في القلب (Greenberger & Padesky, 1995) .

التجارب السلوكية التي تستخدم مع مرضى اضطرابات الفزع اللذين يسيئون تفسير الاحساسات الجسمية التي تحدث لهم

- التنفس السريع

تستخدم هذه الطريقة مع اللذين يعانون من نوبات الفزع . الهدف من علاج نوبات الفزع هو تغيير تفسيرات المريض المأسوية للإحساس الجسمي الذي يصاحب هذه النوبات . ومع أن مناقشة البدائل لهذه التفسيرات السلبية يفيد مع بعض من يعانون من نوبات الفزع يجد بعض المرضى صعوبة في تغيير تفسيراتهم السلبية مما يستلزم الاستعانة بالتجارب السلوكية التي تظهر لهم إمكانية اختفاء أعراضهم أو إمكانية جعل أنفسهم يحسون بهذه الأعراض وبالتالي التوصل إلى تفسيرات بديلة لما يحدث لهم. ومن التفسيرات البديلة التي تستخدم بكثرة مع مرضى نوبات الفزع: أن ما يحسون به مجرد نتيجة للطريقة التي يتنفسون بها أكثر مما هو نتيجة للأشياء التي يخاف المريض من أنه مصاب أو سوف يصاب بها. وتعتمد التجارب السلوكية المبنية على هذا الافتراض على التعرف على ما إذا كان التنفس بطرق معينة بشكل طوعي يجعل المريض يحس بالأعراض التي يحس بها عندما تأتيه نوبات الفزع . ويتم التأكد من ذلك على النحو التالي: يطلب المعالج من المريض أن يتنفس بسرعة مستخدماً فمه وأنفه؛ يفرغ كل الهواء من رئتيه ويملأهما تماماً في عمليتي الشهيق والزفير لمدة دقيقتين تقريباً مع إعطاء المريض الحرية في أن يتوقف متى شاء ، وفي الغالب لا يبلغ المعالج المريض بما سوف يحدث وذلك لتفادي ما قد يحدثه توقع المريض من أثر . وبعد ذلك يسأل المعالج المريض عما إذا كان ما أحس به يشبه بشكل أو بأخر ما يحس به خلال نوبات الفزع. من المهم هنا أن يطلب من المريض أن يذكر أوجه الشبه وكذلك الاختلاف بين ما حدث له وما يحدث له أثناء النوبة. وبعد ذلك تناقش الاختلافات ، على سبيل المثال قد يقول المريض أن ما أحس به مشابها لما يحدث خلال النوبة ولكن قلقه أقل ، وحينئذ بإمكان المعالج القول " ماذا كنت ستقول لنفسك وكيف

ستشعر لو أنك أحسست بهذه الأعراض بصورة غير متوقعة خارج العيادة؟ وفي الغالب يكون الجواب " أتصور أنني سوف أصاب بنوبة قلبية" وأشعر بالفزع .

<u>– تحويل التركيز (صرف الانتباه)</u>

يؤدى تركيز المريض على وظائف جسمه أحياناً إلى حدوث الأعراض التي تصاحب نوبة الفزع والتي يسيء تفسيرها مرضى نوبات الفزع وبالإمكان استخدام ذلك في تجربة سلوكية :

على سبيل المثال كانت ربة منزل (٤٢) سنة تعتقد أن لديها مرض في القلب (التصديق = ٦٠%) مع أن الفحوصات وكلام الطبيب تثبت العكس، وعندما سئلت عن ما يثبت أنها تعاني من مرض القلب أجابت " أنها تحس بضربات قلبها وهو ما لا يحدث لزوجها أو صديقاتها وهذا يشير إلى أن لديها مرض في القلب " . وكتفسير بديل اقترح المعالج أنه من الممكن أن تفكيرها بأن لديها مرض في القلب هو سبب المشكلة ،لأن اعتقادها بذلك يجعلها تركز على جسمها مما يزيد من وعيها بقلبها. وعندما سئلت عن رأيها في التفسير البديل قالت " أنتم الأخصائيون النفسيون لديكم القدرة على إيجاد تفسيرات ذكية يصدق بها بدون شك بعض الناس أما أنا فلا أعتقد أن لتركيزي على جسمي هذا الأثر الكبير الذي يجعلني أحس بما أحس به" . وبدلاً من مناقشة وجهة نظرها قال المعالج " ربما كنت على حق ولكن للحصول على مزيد من المعلومات دعينا نجري تجربة لاختبار مدى قوة تركيزك" : طلب منها المعالج أن تغلق عينها وتركز على قلبها. هذا التركيز جعلها تحس بنبضات قلبها في جبهتها ورقبتها وذراعيها وصدرها وساقيها دون أن تلمس أي من هذه الأعضاء. وبعد ذلك طلب منها أن تركز على محتويات الغرفة وتصف ما ترى بصوت عالي، وبعد أن فعلت ذلك لم تحس بتلك النبضات. خفضت هذه التجربة درجة تصديقها بأن لديها مرض في القلب إلى ٣٠ % وزادت درجة تصديقها

بالتفسير البديـــــل، وشجعها المعالج على استخدام فنية صرف الانتباه لمقاومة نوبات الفزع .

بالإمكان أيضاً استخدام المزيد من التجارب السلوكية التي تثبت دور الأفكـــــار في نوبات الفزع باستخدام التفكير فقط لإحداث أعراض مشـــــابهة لأعــراض نوبات الفزع. ومن ذلك أن تطلب من المريض أن يتمعن في ويقرأ بصـــــوت عالي سلسلة من الكلمات المطبوعة على كروت: مجموعـــات مـــن كلمتيـــن ، واحدة عبارة عن أحد الأحاسيس الجسمية والأخرى عبارة عن حدث مأســـاوي (على سبيل المثال : ضيق في التنفس - الاختناق؛ الخفقان - الموت) .

في الغالب عندما يقرأ المريض هذه الكروت يحس بمـــا هـــو مكتـــوب فيـــها. وبالإمكان أيضاً استخـــــــــدام التخيل؛ يتخيل المريض نفسه في وضـــع قـــد يؤدي إلى نوبة الفزع ، ويبدأ في ملاحظة أحاسيسه الجســــمية ، ثـــم يتخيـــل حدوث ما يخشاه . وبإمكان المعالج، إذا نجح المريض فـــي هـــذه التجربـــة، استخدام ما تمت ملاحظته ليوضح للمريض كيف يؤثر التفكـــير فـــي حـــدوث نوبات الفزع .

- تجارب سلوكية مع اضطرابات أخرى :

أم تسيطر عليها فكرة أنها أم فاشلة ولا تستطيع القيام بدورهـــا كربـــة بيـــت. وعندما طلب منها تقديم دليل على صحة اعتقادها ذكرت حادثة وقعت لـــها ذات صباح: لكي تصل في وقت مبكر للمدرسة، أخذت طفلها إلى إحدى قريباتـــها قبل الوقت الذي اعتادت فيه ذلك بثلاثة أرباع الساعة. وبعد أن أخذت طفلـــها، بعد خروجها من العمل، لاحظت أنه ليس في وضع طبيعي طيلة اليوم وفسرت ذلك بأنها أخطأت في حقه (درجة التصديق ٨٥%) لأنها لم تلعب معه وتداعبـــه قبل أن تذهب إلى العمل بما فيه الكفاية ، ورأت أنه يجب عليها التخلـــي عـــن خطتها الجديدة . أشار المعالج إلى أنه من الممكن أن يكون هناك تفسير بديـــل لما حدث؛ كأن يكون طفلها ليس على ما يرام بصرف النظر عمّا فعلت هـــي .

وللتأكد من ذلك وافقت على أن تواصل تنفيذ خطتها الجديدة وتأخذ طفلها إلى قريبتها قبل الوقت المعتاد بـ ٤٥ دقيقة لمدة أسبوع. وخلال هذه الفترة تبين لها أن الطفل قد تكيف تماماً مع الوضع الجديد. ونتيجة لهذه التجربة ضعف اعتقادها بأنها لا تجيد دورها كأم وشعرت بتحسن فكرتها عن نفسها .

وكان أحد رجال الأعمال يعاني من قلق شديد إذا تحدث أمام جمع من الناس وكان يعتقد بأن زملائه يلاحظون قلقه (التصديق ٦٥%) وبالتالي سوف يفقد احترامهم (التصديق ٤٠%). وعندما سئل عن ما لديه من أدلة تؤكد أن زملائه سوف يعرفون أنه قلق قال : إذا شعرت بالقلق فلا بد وأن يلاحظ الناس ذلك. ولاختبار هذا التوقع طلب منه المعالج أن يلقي خطاباً قصيراً ويسجله على شريط فيديو. خلال عملية التسجيل شعر بقلق شديد ولكن المفاجأة بالنسبة له أنه عندما شاهد الشريط لم يستطع العثور على أي مؤشر على أنه قلق وبالتالي فليس هناك شئ غير مألوف يوحي للآخرين بأنه قلق (انخفضت درجة تصديقه بأن زملاؤه يلاحظون قلقه الى ٣٠%)(Clark,1991) . (أنظر استخدام هذه الفنية في علاج الخوف الاجتماعي) .

-أمثلة مختصرة لتجارب سلوكية يستطيع المعالج الاستفادة منها:

المشكلة	التجربة السلوكية
الخوف من الرفض	يطلب من المريض القيام بشيء من المحتمل أن يواجه المريض بالرفض فيه (يطلب من شخص أن يعمل له شيء، يطلب من شخص أن يذهب معه إلى مكان ما ... الخ)
الكمال	(١) يطلب من المريض تعمد الخطأ في عمل شيء (شيء لا يؤدي الخطأ فيه إلى نتائج سلبية غير مقبولة). (٢) يطلب من المريض اعتبار أداء مهمة معينة منتهياً حتى لو كان فيه أخطاء. (٣) يطلب من المريض أن لا يحلق وجهه في يوم من الأيام أو يلبس لباس عادي جدا (Trower,Casey & Dryden,1992).

ملاحظات عامة حول التجارب السلوكية

(١) لتسهيل عملية قيام المريض بالتجارب السلوكية يقوم المعالج بالتفريق(يوضح للمريض الفرق) بين التجارب السلوكية (الواجبات المنزلية) التي يتم إعدادها بالتعاون بين المعالج والمريض بهدف مساعدة المريض على التغلب على مشكلاته وبين الخبرات السابقة للمريض حول الواجبات (الواجبات المدرسية في الغالب) والتي يطلب من الشخص،في الكثير من الحالات، القيام بها دون مراعاة لحاجاته الشخصية .

(٢) قد يحتاج المريض إلى القيام بعدد من التجارب السلوكية قبل أن يستطيع تبني الاعتقادات البديلة (J. Beck, 1995) .

حل المشكلات

عندما يتضح أن هناك مشكلات واضحة (ليس هناك مبالغة في تفسير المريض لما يحدث من حوله) تساهم في استمرار الصعوبات التي يعاني منها المريض فلا بد من التعامل معها إلى جانب الاستمرار في استخدام الفنيات الأخرى اللازمة لتحسن حالة المريض. ويفضل هنا للتعامل مع المشكلة، ضمن الإطار العام للعلاج الاستعرافي السلوكي، أن تستخدم الطريقة السوقراطية لتفحص الأفكار المرتبطة بالمشكلة أو المسببة لها (J. Beck,1995) كما يجب أن يعمل المعالج مع المريض سوياً في سبيل إيجاد حل للمشكلة أو المشكلات المستهدفة (Hawton and Kirk,1991).

وقد اقترح قاث ومينورز- وليس Gath and Mynors-Wallis أن يتم التعامل مع المشكلات التي تظهر لدى الذين يعانون من صعوبات نفسية تبعاً للمراحل التالية :

المرحلة الأولى: وصف وتبرير استخدام حل المشكلات ويشتمل ذلك على :

أ/ التعرف على المشكلات :إعداد قائمة بالمشكلات من خلال طرح الأسئلة الاستكشافية للمشكلات المرتبطة بعلاقات المريض مع الآخرين أو بعمله أو بسكنه أو بأموره المالية أو بصحته أو بنشاطاته الترفيهية.

ب/ إدراك العلاقة بين الأعراض الانفعالية وبين المشكلات: لابد من أن يدرك المريض الدور الذي تلعبه المشكلات الموجودة لديه في الأعراض الانفعالية التي يعاني منها وأن التعامل مع هذه المشكلات قد يؤدى إلى تحسن حالته النفسية. كما يوضح المعالج للمريض أنه من الممكن التعامل مع مشكلاته مع الاستمرار في استخدام الفنيات العلاجية الاستعرافية السلوكية.في تفحص الجوانب الاستعرافية لديه. ومن المفترض أن يظهر المعالج شئ من التفاؤل، غير المبالغ فيه، في إمكانية التخلص من هذه المشكلات لرفع مستوى دوافع المريض للعمل على التغلب عليها، وأن يؤكد على أهمية دور المريض في العملية العلاجية.

المرحلة الثانية: توضيح وتحديد المشكلات:

أ/ إعداد قائمة واضحة ودقيقة للمشكلات: يتم إعداد قائمة بالمشكلات ثم اختيار مشكلة معينة تكون مهمة بالنسبة للمريض. ولتحديد المشكلة بشكل واضح يشجع المريض على الإجابة عن الأسئلة التالية؛ (١) ما هى المشكلة؟ (٢) متى تحدث هذه المشكلة ؟ (٣) أين تحدث هذه المشكلة و (٤) من له علاقة بهذه المشكلة ؟ .

ب/ تقسيم المشكلات الكبيرة إلى أجزاء صغيرة يمكن التحكم فيها: يطرح المريض في الغالب عدد من المشكلات المرتبطة ببعضها البعض. وعلى المعالج والمريض استعراض هذه المشكلات ثم اختيار ما يجب أن يتم العامل معه في البداية .

وقد تقول امرأة مثلا أن مشكلتها مشكلة عائلية. ويتبين للمعالج فيما أنه لديها عدة مشكلات؛ فقد تكون غير راضية عن تأخر زوجها عن البيت ، و تكون أمها شديدة الانتقاد لها فيما يخص إدارتها لبيتها ، و تكون مشغولة بمساعدة

أختها المنومة في المستشفى.

المرحلة الثالثة: اختيار أهداف قابلة للتحقيق :

الخطوة التي تلي تحديد المشكلة بوضوح هي اختيار هدف أو هدفين قابلين للتحقيق. وخلال القيام بذلك لابد من مراعاة التوازن بين إمكانيات المريض والعوائق التي قد تواجهه : وتشتمل إمكانيات المريض على:

١- نقاط القوة الشخصية .
٢- المستوى التعليمي،النشاطات الترفيهية والإمكانيات الاجتماعية والمادية للمريض.
٣- المساندة من قبل الآخرين مثل الزوجة/الزوج، الأقارب ، الأصدقاء أو شخص متخصص مثل أحد المشايخ أو الأخصائي الاجتماعي .

المرحلة الرابعة : طرح الحلول:

عندما يتم الاتفاق على هدف من الممكن تحقيقه يطلب من المريض تقديم أكبر قدر ممكن من الحلول ،يجب تقبل كل الحلول المحتملة حتى ولو بدا بعضها وكأنه غير جاد أو غير قابل للتحقيق .

المرحلة الخامسة: اختيار الحل المفضل:

يشجع المعالج المريض على كتابة جوانب القوة والضعف في كل حل ممكن. قد يكون من المفيد أن يطلب من المريض القيام بذلك في المنزل كواجب منزلي .

ثم يقوم المريض باختيار الحل المفضل: الذي يحقق الهدف المتفق عليه بأقل تكلفة من الناحية الشخصية والناحية الاجتماعية. يجد بعض المرضى صعوبة بالغة في هذه المرحلة حيث يتكلمون كثيرا حول الحلول الممكنة دون القدرة على اختيار أي منها .

المرحلة السادسة : تطبيق الحل المفضل :

من المهم عدم الاستعجال في هذه المرحلة لأن هناك احتمال أن يكون المريض يفتقر إلى الثقة اللازمة لتطبيق الحل المفضل. وقد يكون من المناسب تقسيم خطوات الحل إلى خطوات أصغر (خطوات فرعية)، وإذا ما تم ذلك فيجب أن توضح هذه الخطوات الفرعية وكذلك الوقت الذي يجب أن تنفذ فيه . على سبيل المثال: الحل المفضل : الحصول على وظيفة :

الخطوات الفرعية :

١- الذهاب إلى مركز التوظيف يوم السبت والتحدث مع المسؤولين عنه .
٢- شراء الجريدة وقراءة الإعلانات والكتابة لاثنين منها على الأقل من أصحاب الاعلانات.
٣- الذهاب إلى مقر الشركات الصناعية أو التجارية يوم السبت بحثا عن إمكانية وجود وظيفة شاغرة لديهم .

يجب أن يكون هناك مهام محددة يقوم بها المريض بين الجلسات العلاجية (تعامل هذه المهام كواجبات منزلية) .

و بعد هذه المرحلة يؤكد المعالج مرة أخرى على أهمية التعامل مع المشكلات ودور ذلك في تحسن حالة المريض وعلى ضرورة إنجاز مهام محددة قبل الجلسة القادمة. وبعد ذلك تعطى للمريض فرصة طرح الأسئلة والتعليق على ما حدث.

المرحلة السابعة : التقويم :

يقوم المعالج في بداية الجلسة وفيما يليها بمراجعة التقدم الذي تم تحقيقه. من

المفترض أن يكون المريض قد أكمل أو حاول إكمال الواجبات المنزلية التي اتفق عليها في الجلسات السابقة .

يجب أن يثني المعالج على المريض مقابل أي تقدم مهما كان حجم النجاح الذى حققه ، ثم يناقش معه المشكلات والصعوبات التي واجهته (المريض) مع الأخذ بعين الاعتبار أنه من الممكن أن يكون غير متحمس لتحقيق التقدم في حل المشكلات . وعندما يلاحظ المعالج أن المريض يجد صعوبة في إنجاز ما اتفق عليه فلا بد من النظر في الموضوع في ضوء الأسئلة التالية:

١- هل تم تحديد الهدف مما طلب من المريض القيام به بشكل أوضح ؟
٢- هل الأهداف غير واقعية ؟
٣- هل ظهرت عوائق جديدة ؟
٤- هل خطوات تطبيق ما أتفق عليه غير قابلة للتطبيق ؟

إذا تبين أن التعامل مع المشكلة التي اتفق على التعامل معها قبل غيرها بالغ الصعوبة فلا بأس من التعامل مع مشكلة أخرى. القيام بذلك لا يعني أن المشكلة الأولى غير مهمة ولكن حل مشكلة واحدة يعطي المريض الإحساس بقدرته على التحكم فيما يدور من حوله وهذا بدوره يغيّر إدراكه للمشكلات الأخرى.

إذا لم ينجز المرض الواجب فقد يكون السبب أنه لم يفهم ما هو متوقع منه . من المهم التأكيد على أن التقدم الذي يحدث بين الجلسات العلاجية قد يكون أهم من التقدم الذي يتم خلال الجلسة. دافع المريض للعمل يكون أقوى عندما يكون بصدد إنجاز هدف هو الذي وضعه وهو الذي وضع خطوات تحقيقه . لذا فقد يكون من المفيد، في حالة عدم إكمال المريض للواجبات المنزلية المطلوبة منه، لفت نظره إلى أنه هو الذي أختار الأهداف والحلول وليس المعالج .

وبعد مناقشة تقدم المريض تبدأ عملية التخطيط للمهام التي يجب إتمامها

للجلسة القادمة ، والتي قد ترتبط بالمشكلة الأولى أو بمشكلة جديدة .

وفيما يلي من جلسات يقوم المريض والمعالج باستعراض المشكلات الأولى التي حدث تقدم في حلها. ومناقشة ما إذا كان الوقت قد حان لتحويل الجهد إلى التعامل مع مشكلات جديدة أم أن هناك حاجة لاستمرار العمل في تطوير أهداف جديدة للمشكلات الأولى ؟ قد يكون المريض بصدد إنجاز أهداف وسيطة في سبيل تحقيق الهدف النهائي على سبيل المثال ، إذا كان الهدف النهائي هو الحصول على وظيفة جديدة فقد تكون الأهداف الوسيطة :

١- الحصول على معلومات حول المؤهلات المطلوبة.
٢- إرسال استمارة طلب الوظيفة و....
٣- حضور المقابلة.

يجب أن يؤكد المعالج للمريض أن بإمكانه استخدام المهارات التي تعلمها مع ما قد تظهر من مشكلات في المستقبل . وقد يكون من المفيد إعداد مشكلات وهمية يقوم المريض بحلها باستخدام مهارات حل المشكلات التي تعلمها.

وفي المراحل الأخيرة من التدريب على حل المشكلات يكون نشاط المعالج أقل مما كان عليه في السابق، .ويجب أن يذكر المريض بذلك لأنه يفترض أنه إذا كان قد استفاد مما سبق من جلسات أن يكون لديه قناعة بأهمية دوره في حل مشكلاته . (Gath & Mynors-Wallis,1997)

أعد الباحثان هذا البرنامج لحل المشكلات لكي يستخدم كعلاج نفسي أساسي للمشكلات النفسية التي لدى المرضى الذين يترددون على الأطباء العامين في مراكز الرعاية الصحية الأولية كبديل للعلاج الدوائي وأنواع العلاج النفسي الأخرى التي تتطلب كفاءة وتدريب معين .

وقد تم عرضه هنا ليستخدم كفنية ضمن الفنيات الأخرى التي تستخدم في

العلاج الاستعرافي السلوكي . أما من حيث القدر من التركيز على حل المشكلات في مقابل التركيز على الاستراتيجيات الاستعرافية مثلاً فيعتمد على طبيعة المرضى . فقد يكون استخدام حل المشكلات هو التدخل الأساسي مع المرضى الذين يكون من الواضح أن استفادتهم من التدخلات الأخرى محدودة لأنهم يعانون من وجود مشكلات حقيقية تجعلهم غير قادرين على ممارسة حياتهم اليومية كما ينبغي وقد يكون استخدام حل المشكلات هامشياً مع مرضى آخرين (Hawton & Kirk,1991) .

تعليق عام :

في الجلسات العلاجية الأولى للعلاج الاستعرافي السلوكي يستكشف المعالج إحتمال وجود مشكلات لدى المريض ويشجع المريض على وضعها ضمن جدول الأعمال لكل جلسة. وتشتمل هذه المشكلات على المشكلات التي حدثت فعلاً وعلى تلك التي من المتوقع حدوثها .

ومن المؤشرات على ضرورة التركيز على حل المشكلات وجود بعض جوانب القصور لدى المريض في المهارات الاجتماعية ،في حل المشكلات وفي تأكيد الذات وخصوصا إذا كانت جوانب القصور هذه موجودة قبل ظهور الاضطراب النفسي . أما بالنسبة للمرضى الذين يكون أداءهم الشخصي والاجتماعي جيداً قبل ظهور الاضطراب فقد لا يحتاجون كثيراً للتدريب على حل المشكلات .

وعلى الجانب الآخر قد يؤدي الاضطراب النفسي إلى بروز عدد من المشكلات، وقد يكون الاضطراب موجود بالإضافة لوجود مشكلات ، الأمر الذي يتطلب أن يقوم المعالج بمساعدة المريض على إعادة بناءه الاستعرافي إلى جانب تدريبه على حل المشكلات .

في بعض الحالات يكون من الواضح أن استخدام حل المشكلات أهم من استخدام فنيات تفحص الأفكار. على سبيل المثال إذا قال لك المريض (سوف لن أتمكن من فهم مادة العلوم قبل الامتحان) وتبين لك بعد طرح عدد الأسئلة

المحددة عليه إن الأسلوب الذي يتبعه لإعداد نفسه للامتحان لن يساعده في الواقع على فهم المادة واجتياز الامتحان . في هذه الحالة من الأفضل أن تخصص جزء من الجلسة لتدريبه على الأسلوب المناسب للاستذكار أو تناقش معه إمكانية الاستعانة بمذكرات زملائه أو الحديث مع أستاذ المادة أو المذاكرة مع الزملاء لكي يتغلب على هذه المشكلة الحقيقية لأنه إن لم يفهم ذلك فلن يتمكن من النجاح في هذه المادة (J.Beck.1995). ومن الممكن استخدام الجدولين التاليين للاستفادة بشكل أكبر من استخدام التجارب السلوكية وحل المشكلات (Greenberger & Padesky,1995).

أولاً :جدول التجربة السلوكية :

الفكرة المراد تفحصها: *ليس عليّ خطر عند ما تزداد نبضات قلبي و أتعرق. قد تؤدي التمارين الرياضية، القلق أو عوامل أخرى إلى حدوث هذه التغيرات الجسمية. وجود هذه الأعراض لا يعني بالضرورة أنني مصاب بأزمة قلبية .*

التجربة	التوقع	المشكلات الممكنة	استراتيجيات التغلب على هذه المشكلات	نتيجة التجربة	إلى أي مدى تؤكد هذه النتيجة الفكرة المراد تفحصها
زيادة معدل نبضات قلبي في مكتب المعالج من خلال الجري في مكاني	سيعود معدل نبضي إلى وضعه الطبيعي بسرعة بعد أن أتوقف عن الجري	قد أتصور أنني سوف أصاب بأزمة قلبية وأوقف التجربة	سوف أخبر المعالج بأنني أعتقد أنني سوف أصاب بأزمة قلبية وسوف يساعدني في تقويم الموقف والاستمرار في التجربة	زادت سرعة نبضات قلبي مباشرة بعد أن بدأت في الجري وعادت إلى طبيعتها بعد ١٠ دقائق من توقفي عن الجري	١٠٠ %

ما الذي تعلمته من هذه التجربة ؟ القلق والتمارين الرياضية تسبب الخفقان والتعرق.

ثانياً: جدول حل المشكلة :

الهدف : تحسين علاقتي الزوجية :

خطة العمل	وقت البدء فى التنفيذ	المشكلات الممكنة	استراتيجيات التغلب على هذه المشكلات	ما تم تحقيقه
القيام بخمسة أشياء إيجابية لزوجتي كل يوم (ثناء، مساعدة فى تدريس الأولاد، الابتسام، الاستماع لشكاويها بدون غضب وإبلاغها بشعوري الإيجابي نحوها	اليوم (٣ - ٨) عندما أعود من العمل وكل صباح الساعة ٧	قد أشعر بالغضب تجاهها.	القيام بالأشياء التي تتطلب أقل قدر من العاطفة تجاهها (مساعدة فى تدريس الأولاد، إكمال سجل الأفكار لتخفيف درجة الغضب لدى)	٥ - ٨ قمت بستة أشياء إيجابية لزوجتي. شعرت بالارتياح. ٦ - ٨ قمت بخمسة أشياء إيجابية. شكرتني زوجتي كثيرا على ذلك . ٧ - ٨ شعرت بالغضب ومع ذلك قمت بعمل ثلاثة أشياء إيجابية. ساعدني إكمال سجل الأفكار فى ذلك.

(لاحظ أن التجربة السلوكية تهدف إلى تفحص فكرة معينة بينما الهدف من حل المشكلات هو حل مشكلة موجودة لدى العميل وهذا هو الاستخدام الشائع لهاتين الطريقتين في العلاج الاستعرافي السلوكي)

الفصل العاشر: قضايا متفرقة

جدول النشاط

مع أن إعادة البناء الاستعرافي مهمة جدا في التغلب على الاكتئاب على المدى البعيد،إلا أنه من الأفضل مع الكثير من حالات الاكتئاب أن يبدأ المعالج العلاج باستخدام جدول النشاط(Greenberger & Padesky,1995) بعد الانتهاء الجلسات التقويمية. وللتركيز على ما يقوم به مريض الاكتئاب من أنشطة في حياته اليومية أهمية بالغة في مساعدته على التغلب على مرضه. في بداية العلاج يطلب المعالج من المريض مراقبة نشاطاته اليومية (يغطي الجدول كل يوم من أيام الأسبوع ويحدد الأوقات الخاصة بكل نشاط) وتسجيل هذه النشاطات والإشارة إلى درجة الاستمتاع بالنشاط ودرجة القدرة(الشعور بالإنجاز) على أدائه من ١ - ١٠ (على سبيل المثال أ(الاستمتاع) = ٣ و ق (القدرة)= ٤) بجانب كل نشاط كما هو موضح في الجدول التالي:

الاسم:........................ التاريخ:.....................

الوقت	السبت *	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة
٩-٨	تناول القهوة أو الشاي (أ=٣ق=١)						
١٠-٩	العمل						
١١-١٠	=						
١٢-١١	=						
٢-١	=						
٣-٢	=						
٤-٣	تناول الغداء (أ=٤ق=٥)						
٥-٤	مشاهدة التلفزيون (أ=١ق=٠)						
٦-٥	التحدث مع زوجتي (أ=٥ق=٢)						
٧-٦	قراءة (أ=٣ق=٠)						
٨-٧	=						
١٢-٨	مشاهدة التلفزيون (أ=٢ق=٠)						

* وهكذا مع بقية الأيام.

ويوفر إعداد هذه الجدول : (١) الفرصة لتفحص بعض الأفكار مثل الفكرة(أنا لا اعمل أي شئ). فإذا كانت غير دقيقة بيّن الجدول ذلك وأن تبين أنها لا تخلو من الصحة قام المعالج بالتعاون مع المريض بالتعرف بالتحديد على الصعوبات التي يعانى منها المريض في هذا المجال (٢) يوضح للمريض العلاقة بين المزاج والنشاط(من خلال تقدير درجة الاستمتاع والقدرة) و (٣) يمكن الاستفادة منه في تخطيط النشاطات اليومية للمريض بهدف (أ) زيادة مستوى نشاطه ودرجة استمتاعه وتحكمه فيما يقوم به من أنشطة(يشجع على ممارسة الأنشطة التي تؤدى إلى ذلك) (ب) الحد من الحاجة الى تكرار اتخاذ القرارات التي قد لا يرتاح لها مريض الاكتئاب (ما الذي يجب على أن افعله الآن ؟) (ج) زيادة احتمال ممارسة المريض للنشاط (د) رفع درجة استمتاع المريض بالنشاط (هـ) رفع درجة شعور المريض بأن لديه القدرة على التحكم في أمور حياته و(و) بالإمكان استخدام المعلومات التي يتم الحصول عليها من الجدول في تفحص الأفكار السلبية مثل (لا أتستطيع إنجاز أي عمل) (Fennell,1991) .

فنية صرف الانتباه Distraction

تستخدم فنية صرف الانتباه في العلاج الاستعرافي السلوكي لأهداف محددة وقصيرة المدى. ومن ذلك، على سبيل المثال، أن يطلب من المريض الذي يعانى من القلق القيام بسلوك يصرف انتباهه عن الأعراض التي يشعر بها لأن التركيز علي هذه الأعراض يجعلها تزداد سوءا . ولكن لفنية صرف الانتباه بعض الجوانب السلبية التي قد تؤثر سلبيا على سير العملية العلاجية على المدى البعيد كما يحدث عند ما يستخدمه المريض كأسلوب لتجنب الأعراض (Butler,1991).

ومع اخذ ذلك بعين الاعتبار يستطيع المعالج الاستعرافي السلوكي استخدام فنية صرف الانتباه في بداية العلاج لكي يجعل المريض يدرك أن باستطاعته التحكم في الأعراض التي يشكو منها وهذه خطوة مهمة جداً في العلاج . وقد تستخدم

هذه الفنية في مراحل متأخرة من العلاج للتعامل مع الأعراض عندما يكون المريض في وضع لا يسمح له بتحدي الأفكار السلبية التلقائية ، على سبيل المثال: عندما تأتيه الأعراض وهو يتحدث مع شخص ما . في هذه الحالة بإمكان المريض طرد الأفكار السلبية من خلال الاقتراب أكثر من الشخص الذي يتحدث معه بما يغطي المجال البصري للمريض، أو التركيز على المحادثة نفسها بدلاً من الأفكار المتعلقة بتقويمه لنفسه . ومن الممكن استخدام أساليب صرف الانتباه لتوضيح النموذج الاستعرافي السلوكي للاضطرابات النفسية للمريض. فقد يطلب المعالج، مثلا، من المريض عندما يكون قلقاً خلال الجلسة أن يصف بصوت مسموع محتويات الغرفة ومن ثم يستخدم الأسئلة ليوضح للمريض كيف أن تمرينات صرف النظر تخفف من القلق مما يدلل على أن الأفكار تلعب دوراً كبيراً في ظهور الأعراض لديه .(Clark, 1991)

بعض الأساليب المستخدمة في صرف الانتباه :

– التركيز على شيء معين :

يدرب المريض على التركيز على شيء ما ويصفه بالتفصيل لنفسه باستخدام الأسئلة التالية والإجابة عليها : (أين هو بالضبط ؟ ما حجمه ؟ ما لونه ؟ كم يوجد منه ؟ ما الفائدة منه ؟....... الخ) .

– الوعي الحسي :

يدرب المريض على ملاحظة البيئة المحيطة به ككل باستخدام النظر ، السمع، الذوق ، اللمس، والشم مستعيناً بالأسئلة التالية : (ما الذي تراه بالضبط إذا نظرت حولك ؟ وماذا أيضاً ؟ ما الذي تستطيع سماعه داخل جسمك ؟ في الغرفة ؟ خارج الغرفة ؟ خارج المبني ؟ .

- التمرينات العقلية :

يشتمل ذلك، مثلا، علي العد إلى الخلف من ١٠٠ بطرح ٧ كل مرة، التفكير في أسماء الحيوانات التي تبدأ بالحرف (أ) ثم بالحرف (ب) ....وهكذا ، تذكر حادثة معينة بالتفصيل .

- الذكريات والخيالات السارة :

تذكر الحوادث السارة بأكبر قدر ممكن من الوضوح (رحلة سعيدة ، مثلا) أو التخيل (ما الذي سيفعله المريض لو كسب شيء غير متوقع). قد يكون هناك شئ من الصعوبة في استخدام هذه الفنية مع مرضى الاكتئاب الشديد لأنهم يجدون صعوبة في تذكر الحوادث السارة .

- ممارسة الأنشطة العقلية الجسمية:

استخدام النشاطات التي تشغل الجسم والعقل معاً (كلمات متقاطعة ، لعبة رياضية)، أو دمج نشاطين معاً مثل الاستماع إلى الراديو أثناء القيام بنشاط جسمي. قد يجد المريض في بداية العلاج صعوبة في ممارسة ذلك لفترات طويلة ولكن بالتدريج يكتسب القدرة على ممارستها (Fennell,1991) .

أمثلة على استخدام فنيات صرف الانتباه:

يستخدم بعض المرضى فنية صرف الانتباه لتفادي الأمور المؤلمة (تجنب)، كما أشير الى ذلك، لذا من المهم تشجيعهم على تقييم مزايا هذه الطريقة (الشعور المؤقت بالارتياح) وعيوبها (ترك المشكلة بدون حل). يجب أن يناقش المعالج الأفكار التي تمنع المريض من التعامل مع مشاكله المؤلمة (مثل لا أستطيع حلها ..... المشكلة معقدة جداً ، أو إذا صرفت الانتباه عنها سوف أنساها) ومن ثم معاملتها كما يحدث مع الأفكار السلبية الأخرى. والمثال التالي يوضح كيف يقوم المعالج بتهيئة المريض لاستخدام فنية صرف الانتباه مع مريض يعاني من مشكلة اجترار الأفكار في المراحل الأولى

<u>للعلاج:</u>

المعالج: أنت الآن تصرف الكثير من الوقت في التفكير بصورة متكررة في المشكلة؟

المريض: نعم .

المعالج: وكيف تشعر حيال ذلك ؟

المريض: لست على ما يرام .

المعالج: ما الذي يحدث إذا استطعت صرف انتباهك عن المشكلة وركزت على أشياء أخرى ؟

المريض: أجد صعوبة في ذلك ولكنني أرتاح إذا استطعت .

المعالج: ما رأيك في تعلم بعض الخطوات التي تستطيع بها التخلص من هذه الأفكار؟ ما الذي سيحدث في نظرك اذا أصبحت قادرا على ذلك ؟

المريض: سوف أشعر بالارتياح .

المعالج: هذا ممكن أليس كذلك ؟ بالطبع المشكلة لن تختفي بمجرد صرفك التفكير عنها ، الفكرة هنا هي أن تشعر بأنك تستطيع التحكم في مشاعرك من خلال صرف الانتباه عن الأفكار التي تثيرها. وسوف تتعلم فيما بعد،استخدام فنيات أخرى تستطيع من خلالها التعامل مباشرة مع هذه الأفكار السلبية وإيجاد بدائل إيجابية لها(Fennell,1991).

فنية تحديد الأساليب الاستعرافية غير الفعالة

قبل الحديث عن الكيفية التي يمكن من خلالها تعريف المريض بالأساليب الاستعرافية غير الفعالة دعنا أولا نحدد أهم هذه الأساليب التي أقترحها بك في

عدد من أعماله في مجال العلاج الاستعرافي:

١-التفكير بطريقة كل شيء أو لا شيء (صح أو خطأ) ، (أبيض أو أسود) : التفكير الثنائي أو النظر إلى الموقف وكأنه محصور في احتمالين فقط وليس على أساس أنه متصل يشتمل على درجات كثيرة بين طرفيه : (إذا لم أحقق أقصى درجات النجاح فإني شخص فاشل) .

٢-التوقعات المأسوية: توقع حدوث نتائج سلبية دون الأخذ بعين الاعتبار وجود نتائج أخرى يكون احتمال حدوثها أكبر من احتمال حدوث النتائج المتوقعة: (سأكون متضايق جداً ، لن أستطيع عمل أي شيء بالمرة) .

٣-التقليل من أهمية أو تجاهل الجوانب الإيجابية: يقنع الفرد نفسه، بدون مبرر بأن الخبرات أو الأعمال التي قام بها ليس لها قيمة: (أديت هذه المهمة بشكل جيد ، ولكن هذا لا يعني أنني إنسان كفء، كنت محظوظ فقط) .

٤-التفكير العاطفي : الاعتقاد بصحة شيء ما لأن الفرد يشعر بقوة أنه كذلك ويتجاهل الأدلة المناقضة لحكمه : (أعرف أنني أنجزت الكثير من الأشياء الخاصة بعملي ولكنني أشعر أنني إنسان فاشل) .

٥-التصنيف (اطلاق الصفات) : يصف الفرد نفسه أو الآخرين بصفات سلبية ثابتة ويتجاهل وجود أدلة تتناقض مع ما تم التوصل إليه من أحكام: (أنا إنسان غير محظوظ ؛ هو شخص لا خير فيه) .

٦-التضخيم/ التقليل : وهو أن يقوم الفرد عندما يقوّم نفسه، شخص آخر أو موقف معين، بدون مبرر، بتضخيم الجوانب السلبية والتقليل من أهمية النواحي الإيجابية : (الحصول على درجات متوسطة يدلل على أنني شخص غير كفء؛ الحصول على درجات عالية لا يعنى أنني شخص ذكي) .

٧-التجريد الانتقائي : التركيز على التفاصيل السلبية بدلاً من الصورة الكاملة: (حصولي على تقدير منخفض في هذه المادة (مادة واحدة في كشف الدرجات مقابل العديد من التقديرات المرتفعة) يعنى أنني لم أقم

بما يجب على القيام به كما ينبغي.

٨-<u>قراءة الأفكار</u> : اعتقاد الشخص بأنه يعرف ما يفكر به الآخرون وتجاهل الأمور الأكثر احتمالاً : (هو يعتقد أنني لا أعرف شيئاًعن المشروع).

٩-<u>المبالغة في التعميم</u> : التوصل إلى حكم سلبي عام لا يتناسب مع ما حدث فعلاً: (نظراً لأنني لم أكن مرتاحاً أثناء المقابلة فأنا شخص يفتقر إلى المهارات الاجتماعية).

١٠-<u>الشخصنة</u> : وهي أن يتصور الشخص أنه هو السبب في التصرفات السلبية للآخرين .

١١-<u>استخدام (يجب) و (لابد)</u> : وجود أفكار محددة لا تتغير لدى الفرد حول الكيفية التي يجب أن يتصرف بها هو ويتصرف بها الآخرون واعتبار عدم القيام بذلك سلوك يصعب تحمله: (مثل وقوعي في الأخطاء أمر غير مقبول بالمرة، يجب أن أكون دائماً في أحسن حالاتي).

١٢-<u>التركيز على الجوانب السلبية في المواقف</u> : مثل ، مدرس ابني لا يستطيع عمل أي شيء كما يجب ، إنه شخص متبلد الشعور سيئ وكثير الانتقاد تجاه طلابه (J. Beck,1995) .

هذه إذن اكثر الأخطاء الاستعرافية شيوعا لدى من يعانون من الاضطرابات النفسية ويحرص الباحثون في النظرية والعلاج الاستعرافي السلوكي على التفريق بين القصور الاستعرافي (Cognitive deficiencies) وبين التشويهات/التحريفات الاستعرافية (Cognitive distortions) . ففي الحالة الأولى (القصور الاستعرافي) يكون النشاط الاستعرافي أقل مما تتطلبه الاستجابة المتكيفة للموقف أما في التحريف الاستعرافي فالنشاط العقلي (معالجة المعلومات) موجود لكنه يتم بشكل خاطئ (Kendall & Warman,1996).

استخدام فنية تحديد الأساليب الاستعرافية غير الفعالة

خلال الجلسات العلاجية يلاحظ المعالج الأخطاء في أساليب التفكير التي

قد يمارسها المريض من خلال الأفكار التلقائية التي تصدر منه . وعندما يحدث ذلك فأمام المعالج ثلاث خيارات :

أ/ تقديم نسخة من قائمة الأخطاء الاستعرافية للمريض الذي يبدو أن لديه (حسب تقدير المعالج) الرغبة والقدرة على التعرف على أساليب تفكيره بنفسه، على النحو التالي:

المعالج: كنا نتحدث عن أن لدى الناس، في الغالب، عندما يشعرون بالضيق أفكار غير دقيقة أو غير دقيقة تماما .

المريض: نعم .

المعالج: سأعطيك هذه القائمة التي توضح أخطاء التفكير الشائعة لدى الناس وربما يكون من المفيد أن تحاول التعرف على الأخطاء التي قد تكون موجودة في طريقة تفكيرك لأن ذلك سوف يساعدك على التعامل بشكل أفضل مع أفكارك.

المريض: حسنا .

المعالج: كما ترى هنا يوجد ١٢ خطأ ، دعنا نرى ما إذا كنت قد وقعت في أي منها حديثا. أولها (كل شيء أو لا شيء) ويقصد به أن ينظر الفرد للأشياء من منظور أسود وأبيض ، بدلا من احتمال أن يقع الشيء بين هذين التصنيفين. ماذا عن الفكرة التي كانت لديك الأسبوع الماضي (أما أن أكون الأول أو أن أكون شخصا فاشلا) ألا ترى أنها تعتمد كثيرا على منظور الأبيض والأسود ؟

المريض: صحيح . هل هناك أمثلة أخرى ؟ .

(يقضي المعالج والمريض بعضا من الوقت لمناقشة هذا النمط من التشويه الاستعرافي ثم يختار المعالج نمط آخر يعتقد أنه موجود لدى المريض ويتعامل معه بنفس الطريقة). وبعد

ذلك يقترح على المريض : على كل حال هل بإمكانك القيام (كواجب منزلي) بتحديد أنماط أخرى إذا لاحظت وجودها في أفكارك التلقائية ؟ . سوف نترك القائمة أمامنا خلال الجلسة لنرى ما إذا كان من الممكن بين الحين والأخر التعرف على ما قد يظهر من تحريف استعرافي خلال الحديث عن الأفكار التلقائية الأخرى .

ب/ بالنسبة للمرضى الذين يحدث لديهم نوع من الارتباك عند قراءة القائمة من الممكن أن يقوم المعالج بتحديد ووصف الخطأ في التفكير الذي يلاحظ وجوده لدى المريض على النحو التالي:

المعالج: حسناً لقد تعرفت على عدد من الأفكار التلقائية التي خطرت ببالك هذا الأسبوع حول عملك ، صحتك وأطفالك . ألا ترى أن بينها شيء مشترك ؛ يبدو أنك تتوقع حدوث أسوأ ما يمكن حدوثه ، هل هذا صحيح ؟

المريض: نعم .

المعالج: تسمى هذه الحالة ، التي يميل فيها الناس إلى توقع حدوث أسوأ النتائج (التوقعات المأسوية) هل لاحظت شيء من ذلك ؟

المريض: أعتقد أن لدى شيء من ذلك .

المعالج: ما رأيك في أن تحاول التعرف على ذلك هذا الأسبوع ؟ إذا قمت بتسجيل فكرة تلقائية معينة فحاول تحديد ما إذا كان هناك ميل لتوقع الأسوأ ثم سجل ذلك أمام الفكرة التلقائية .

جـ/ الطريقة الثالثة هي أن تعطي القائمة للمريض وتحدد عدد منها (الأكثر تناسباً مع أفكار المريض) لتفادي إرباكه بالقائمة كلها . إذا استطاع المريض تحديد الأخطاء التي يمارسها كان بإمكانه النظر بموضوعية أكثر لأفكاره (J. Beck,1995) .

الفصل الحادي عشر: الفنيات المستخدمة لاستبدال المخطوطة

من الممكن تقسيم الفنيات التي تستخدم لاستبدال المخطوطة إلى ثلاثة أنواع: (١)الفنيات الاستعرافية (٢) الفنيات الخبروية و(٣) الفنيات السلوكية وسوف يتم الحديث عن هذه الفنيات على التوالي في الصفحات التالية.

أولاً : الفنيات الاستعرافية:

أ/ فنية المتصل الاستعرافي (Cognitive Continuum): و في هذه الفنية يطلب من المريض أن يوضح كيف يرى نفسه مقارنة مع الآخرين ، على سبيل المثال يطلب من المريض الذي لديه الاعتقاد (أنا شخص عديم الفائدة) أن يعرّف المقصود بعديم الفائدة ثم يطلب منه أن يشير أين سيكون بعض الناس الذين يعرفهم على معيار متدرج لهذه الصفة يبدأ بصفر (عديم الفائدة تماماً) و ١٠٠% (فعال جداً) (Wills & Sanders, 1997) . وهي فنية مفيدة لاستبدال الأفكار التلقائية وكذلك الاعتقادات الأساسية. وتفيد في التعامل مع التفكير الثنائي كل شيء أو لا شيء ، وفيما يلي مثال على استخدامها :

المعالج: حسناً ، تعتقد بقوة أنك إذا لم تكن طالباً متميزاً فهذا يعنى أنك فاشل .

دعنا نرى كيف يبدو ذلك باستخدام الرسم البياني (أرسم خط)

١٠٠% نجاح ٩٠%	صفر% نجاح
طالب متميّز	المريض

المعالج : أين تضع الطالب المتميز ؟

المريض: هنا أعتقد (٩٠ من ١٠٠%)

المعالج: حسناً وأنت فاشل ، صفر % نجاح

المريض: نعم .

المعالج: وهل تعني أيضاً أن أي شيء أقل من ٩٠% يساوي الفشل ؟

المريض: ربما لا .

المعالج: أين يبدأ الفشل إذن ؟

المريض: أعتقد في حدود ٥٠ %

المعالج: ٥٠ % إذاً، كل من هو أقل من ٥٠% فاشل ؟

المريض: لست متأكداً .

المعالج: هل هناك أي شخص أقرب في الواقع إلى الصفر % منك ؟

المريض: أعرف الطالب فلان في مادة التاريخ . أعرف أن أدائه أسوأ من أدائي .

المعالج: حسناً سوف تضعه عند الصفر % . ولكن ألا يوجد حتى من هو أسوأ منه في الأداء ؟

المريض: ممكن .

المعالج: حسنا إذا وضعنا هذا الشخص عند الصفر % ، فاشل حقيقي ، فأين يكون مكان الذي رسب في مادة التاريخ فقط ؟ وأين يكون مكانك أنت؟

المريض: نضعه عند ٣٠% وأنا عند ٥٠%

المعالج: وماذا عن الشخص الراسب في كل في كل المواد والذي لا يحضر المحاضرات ولا ينجز الواجبات أيضا ؟

المريض: يكون عند الصفر %

المعالج: وأين يكون الطالب الذي يحاول ولكنه يرسب ؟

المريض:عند ١٠%

المعالج: وأين إذن يكون مكانك ومكان الذي رسب في مادة واحدة ؟

المريض: الطالب الراسب في مادة واحدة عند ٥٠% وأنا عند ٧٥ % .

<u>الرسم المعدل :</u>

%١٠٠ %٩٠	%٧٥	%٥٠	%١٠	% ٠
الطالب المتميز	المريض	راسب في مادة واحدة	الطالب الذي يحاول ولكن يفشل	الطالب الذي لا يعمل أي شيء

المعالج: بالنسبة لجامعتك الحالية أو حتى بالنسبة لكل طلاب الجامعات بصورة عامة، هل وصف من هو تقديره ٧٥% بالفشل وصف دقيق؟

المريض:ليس دقيق جدا .

المعالج: ربما تستطيع القول على أسوأ تقدير أنه ناجح بنسبة ٧٥ %

المريض: نعم .

المعالج: لنعود إلى الفكرة الأولى إلى أي مدى تصدق الآن أنك إذا لم تكن طالب متميز فأنت فاشل ؟

المريض:ربما ٢٥ %

المعالج: جيد (J. Beck, 1996)

في المثال السابق استخدمت هذه الفنية لإضعاف اعتقاد أساسي غير فعال وتقوية اعتقاد آخر (بديل) أكثر تكيفا. وفي المثال التالي يحاول المعالج إضعاف الفكرة "سوف أعاقب كلما أخطأت" وتقوية الفكرة البديلة" سوف لن ينالني أذى حتى لو لاحظ الناس أخطائي" .

المعالج: كيف وجدت الفكرة البديلة" سوف لن ينالني أذى حتى لو لاحظ الناس أخطائي" هذا الأسبوع ؟

المريض: هي ما أتمنى ، ولكن كلما فكرت فيها أكثر كلما تأكدت من استحالة التصديق بها.

المعالج: ما الذي يجعل ذلك مستحيلاً ؟

المريض: لا أعتقد أنني سوف أكون في مأمن من الأذى ، في العمل، في البيت، الناس تقسوا عليّ كلما أخطأت .

المعالج: دعنا نستخدم مقياس للشعور بالأمن (يرسم خط يبدأ بـ ٠ % وينتهي بـ ١٠٠%) ويكتب فوقه " مدى شعوري بالأمن عندما يلاحظ الناس أخطائي " أين تضع نفسك على هذا المقياس ؟

"مدى شعوري بالأمن عندما يلاحظ الناس أخطائي"

٠% شعور بالأمن	٢٥%	٥٠%	٨٠%	٩٠%	١٠٠%
✓	✓		✓	✓	
-أضرب بقسوة -أتعرض للهجوم وأقف أمام الحضور ليضحكوا على	الخبرة الأولى	-أتعرض للضرب دون أن أتألم -ينتقدني لو يغضب علي أحد ولكن ليس أمام الأخرين	الخبرة الثانية	الخبرة الثالثة	- لا أحد يستطيع الاقتراب مني - حلم الناس وتشجيعهم لي بدلا من الاستهزاء بي

المريض: عند الصفر .

المعالج: ضع ✓ عند ٠ % يا أحمد. هذا هو المكان الذي ترى نفسك فيه؟

(أحمد يضع (صح) عند الصفر ويكتب (أنا))

المعالج: الآن دعنا نكتب قائمة بعدد المرات التي لاحظ فيها الناس أخطاءك ؟

المريض: الأسبوع الماضي في العمل تعطلت الآلة الحاسبة ولم أستطع رصد مصروفات الشركة . وعدت ابني بإصلاح لعبته ولكنني كنت متعباً ولم أقم بذلك . هذا كل ما أتذكره الآن .

المعالج: هل حدث وأن أخطأت في شئ متعلق بي ؟

المريض: عندما أتيت هنا لأول مرة ، وافقت على القيام بواجب منزلي ولكنني لم أقم بذلك.

المعالج: يبدو أنك تقصد بالأخطاء : إذا قمت بخطأ معين ، أو لم تف بوعدك أو الأشياء التي لا تعرف كيف تقوم بها ؟

المريض: هذا صحيح .

المعالج: كيف تعرّف (آمن) ؟

المريض: غير معرض للأذى.

المعالج: أذى جسمي أم نفسي ؟

المريض: الاثنان معاً ؛ عندما كنت طفلاً كان أبي يضربني بقسوة إذا أخطأت . والآن أشعر بالألم نفسه إذا هزأ بي أحد أو اتهمني بالغباء .

المعالج: هل حدث لك هذا أيضاً ؟

المريض: نعم ، في المدرسة ، في العمل أحياناً يغضب المدير علي ويقول لي أنك غبي .

المعالج: دعنا نكتب على المقياس ما يعنيه عدم الأمان بالنسبة لك. عند ٥٠% دعنا نكتب ما تقصده بعدم الأمان . على سبيل المثال ، قد تتعرض للضرب حتى تقترب من الموت ؟

المريض: نعم ، لضرب بقسوة أو أتعرض للهجوم وأقف أمام الحضور ليضحكوا عليّ (أكتب ذلك عند الصفر) .

المعالج: وما عن ١٠٠ % أمان ؟

المريض: لست متأكداً .

المعالج: إذا كان ٠ % أمان : التعرض للضرب والقسوة فأعتقد أن ١٠٠% أمان تعني الحماية من التعرض للأذى ؟

المريض: كأن يكون هناك شخص يحميني .

المعالج: ما هو الوضع الآمن الذي تستطيع تصوره؟

المريض: أكون في وضع لا يستطيع فيه أن يقترب مني أحد .

المعالج: أكتب ذلك تحت آمن ١٠٠% . ماذا عن ١٠٠% آمن من تهكم وانتقاد الناس لك ؟ كيف يكون ذلك ؟

المريض: أن يتصف الناس بالحلم معي ويشجعونني بدلاً من الاستهزاء بي .

المعالج: أكتب ذلك تحت آمن ١٠٠% . على هذا المقياس كيف يكون ٥٠% أمن ؟ شيء بين الـ ٠% والـ ١٠٠ % ؟

المريض: جسمياً أتعرض للدفع دون أن أتألم . وبالنسبة للانتقاد ينتقدني أحد أو يغضب عليّ ولكن ليس أمام الآخرين .

المعالج: أكتب ذلك في منتصف المتصل (٥٠%). الآن دعنا نضع الخبرات الثلاث التي ذكرت أنها حدثت أمام الآخرين . أولا تعطلت الآلة الحاسبة ولم أستطع رصد مصروفات الشركة . ما مقدار شعورك بالأمن عندما حدث ذلك ؟

المريض: أعتقد ٢٥ % ، سخر مني أمام شخص واحد فقط وتوقف عند ذلك.

المعالج: ضع علامة ✓ وأكتب ما يشير إلى ذلك. وماذا عندما لم تستطع إصلاح لعبة ابنك ؟

المريض: أعتقد ٨٠% خاب أمله ولكنه لم يغضب عليّ .

المعالج: أشر إلى ذلك في المقياس . وماذا عما حدث هنا عندما لم تقم بإكمال الواجب المنزلي ؟

المريض: لم أتعرض للضرب (يضحك).

المعالج: هل توقعت شيء من ذلك ؟

المريض: إلى حد ما .

المعالج: وما الذي حدث ؟

المريض: طرحت على بعض الأسئلة وكنت لطيفا معي .

المعالج: أين تضع ذلك على المقياس ؟

المريض: آمن ٩٠ % .

المعالج: سجل ذلك . الآن لدينا أربع(علامات صح) ✓ على المقياس ، الأولى للمكان الذي ترى نفسك فيه غير آمن بالمرة (٠ %)، عندما يلاحظ الناس أخطائك والثلاث الأخريات لخبرات حديثة (٢٥% / ٨٠% ، ٩٠%) ماذا تلاحظ إذا نظرت إلى المقياس والنسب التي عليه؟

المريض: نظرتي لنفسي لا تتفق مع ما حدث لي مؤخرا .

المعالج: جيد. ماذا لو وضعت بعض خبراتك في مرحلة الطفولة هنا؟ مثل ضرب أبوك لك إذا أخطأت ؟

المريض: عند ٠ %

المعالج: هل تعتقد أنك قضيت معظم فترة طفولتك ونسبة شعورك بالأمن لا تتعدى ٠% ؟

المريض: ليس معظم الوقت، ولكنني لم أعرف متى يحتدم غضب أبي .

المعالج: شعورك بانعدام الأمن (٠%) إذن، كان ملائما عندما كنت طفل، أعنى انه من الأفضل أن تفترض أنك لست في مأمن من العقاب وتتصرف بحذر لأنك لا تعرف متى ينفجر أبوك غضبا

المريض: هذا صحيح .

المعالج: ماذا عن اليوم ؟ هل تعتقد أنه من الأفضل أيضا أن تفترض أنك لست في مأمن من العقاب ؟

المريض: لا ...... لا أعتقد ذلك. أعتقد الآن أنني آمن أكثر مما كنت أتصور .

المعالج: وما هي مزايا التفكير بأن لا خوف عليك ؟ لماذا لا تتمسك بالفكرة (إن درجة شعورك بالأمن ٠ %) ؟

المريض: سأكون أكثر ارتياحاً خلال تعاملي مع الناس ، وسيكون بمقدوري أن أكون أكثر إيجابية وجرأة معهم .

المعالج: وما الذي ستحصل عليه من ذلك ؟

المريض: إذا دافعت عن نفسي أمام المدير فقد يخفف من لهجته نحوي. هو لا يتعامل بشدة مع أسعد كما يفعل معي.

المعالج: هذه فكر جيدة . دعنا نرى ما إذا كان المدير سيكف عن مضايقتك إذا ما دافعت عن حقك . نستطيع القيام ببعض التمرينات التي تساعدك على ممارسة السلوك التوكيدي. ولكن قبل ذلك ربما كان من الأنسب أن تقوم هذا الأسبوع، كواجب منزلي، بتسجيل مدى شعورك بالآلام عندما يلاحظ الناس أخطاءك ؟ من المفيد التعرف على المواقف التي تشعر فيها بالأمان والمواقف التي لا تشعر فيها بذلك ؟

المريض: فكرة معقولة .

في هذا المثال طلب المعالج من أحمد أن يوضح ماذا يعني بـ (أخطاء) وبـ (أمن) ثم استخدم المقياس كوسيلة توضيحية مرئية لخبرات أحمد تساعده في التعرف على ما إذا كانت هذه الخبرات تدعم أو تتناقض مع الفكرة المسيطرة عليه (كما أنه طرح، في الوقت المناسب، فكرة التدريب على السلوك التوكيدي على المريض). ومن الممكن بالطبع استخدام هذه الطريقة مع أي فكرة ولكن من المفضل مراعاة ما يلي :

١- توظيف المعلومات التي يتم الحصول عليها لتقوية الاعتقاد البديل المتكيف أكثر من التركيز على الاعتقاد السلبي . التغير البسيط الذي يقوى الاعتقاد الجديد أكثر فائدة(تشجيعا) للمريض من التغير البسيط الذي يضعف الاعتقاد (المخطوطة) القديم . تصور كيف يكون الفرق في شعور أحمد إذا قال ، مشيرا إلى حدوث تغير في درجة تصديقه

بالاعتقاد، (الآن أعتقد، بنسبة ٩٠% ،أنني سأتعرض للعقاب إذا ما لاحظ الناس أخطائي) في مقابل (أنا آمن ١٠% عندما يلاحظ الآخرين أخطائي) .

٢- من المهم، عند إعداد المقياس، مساعدة المريض عل استخدام أقل درجة ممكنة وأكبر درجة ممكنة في طرفي المتصل بحيث يكون من الممكن احتواء كل الخبرات المحتملة. يميل المرضى أحياناً إلى استخدام أوصاف معتدلة في طرفي المقياس الأمر الذي يضعف من قدرته على قياس التغير. على سبيل المثال لو أن أحمد عرف ٠ % أمن بـ(أن يغضب على أحد) فلن تكون على المقياس مكان كبير للتباين وبالتالي يصبح ضرب أبوه له مساوي لتأنيب المدير له ومساوي لخيبة أمل ابنه في أن يقوم بإصلاح لعبته .

٣- من المهم أن لا يركز المعالج على محاولة إثبات عدم تكيف المخطوطة فقط . في المثال السابق قام المعالج بربط المخطوطة بخبرات أحمد السابقة وأشار بتعاطف إلى وظيفتها التكيفية آنذاك على اعتبار أنه كان يعيش مع أب يسيء معاملته ، وبعد الاعتراف بهذه الوظيفة التكيفية ، حسب الظروف،طلب من أحمد إبداء رأيه فيما إذا كانت الوظيفة التكيفية للمخطوطة لا زالت قائمة في الوقت الحاضر . (Padesky & Greenberger,1995)

ب/ ورقة عمل الاعتقادات الأساسية : من الممكن استخدام ورقة العمل للاعتقاد الأساسي بعد أن يقوم المريض بمساعدة المعالج في تحديد الاعتقادات الأساسية غير الفعالة (أنظر ما ذكر حول هذا الموضوع في التقويم في العلاج الاستعرافي السلوكي) وإيجاد بدائل لها (باستخدام الطرق المختلفة التي وردت في هذا الكتاب مثل الأسئلة السوقراطية وسجل الأفكار والتجارب السلوكية) .

<u>تتكون ورقة العمل للاعتقاد الأساسي من جزأين</u> : الجزء العلوي مخصص لتحديد وتقويم الاعتقاد الأساسي غير الفعال وكذلك الاعتقاد الأساسي البديل الفعال . يملأ المعالج والمريض هذا الجزء في بداية كل جلسة بعد تقديم

ورقة العمل ، أما الجزء الآخر فيقوم المريض بإكماله في الجلسة وكذلك خارج الجلسة كواجب منزلي.

ورقة عمل الاعتقادات الأساسية

الاعتقاد الأساسي القديم : أنا شخص غير كفء .

إلى أي حد تصدق بالاعتقاد الأساسي القديم في هذه اللحظة ؟ (٠ - ١٠٠) :٦٠ %

الاعتقاد الجديد : أنا إنسان كفء في معظم الأمور (ولكنني بشر أيضا)

إلى أي حد تصدق بالاعتقاد الجديد في هذه اللحظة ؟ (٠ - ١٠٠) ٥٠ %

الأدلة التي تتناقض مع الاعتقاد الأساسي القديم وتدعم الاعتقاد الجديد	الأدلة التي تدعم الاعتقاد الأساسي القديم مع إعادة صياغة لها
- أنجزت بحث جيد في مادة الحاسب الآلي - طرحت سؤال على الأستاذ في مادة التاريخ	- لم أفهم موضوع الاحتمالات في القاعة ولكنني لم أقم بقراءته ومن الممكن أن أفهمه فيما بعد. في أسوأ الأحوال قد يكون هناك صعوبة في الموضوع بالنسبة لي ولكن ربما يكون السبب الحقيقي هو عدم قدرة المدرس على شرح الموضوع - لم اذهب للمعيد لطلب المساعدة ولكن ذلك لا يعني أنني غير كفء . كنت قلقا حول الذهاب إليه لأنني اعتقد أنه يجب علي أن أفهم الموضوع بنفسي وكنت أتصور أن ذهابي إليه سوف يجعله يعتقد أنني لا أستطيع فهم الموضوع.

مثال :

المعالج: سليم ،دعنا ننظر إلى ورقة عمل الاعتقاد الأساسي: هي طريقة منظمة للتعامل مع اعتقاداتك . نكتب هنا الاعتقاد الأساسي (أنا غير كفء). إلى أي درجة تصدق به الآن ؟

المريض: ربما ٦٠ %

المعالج: حسنا أكتب ٦٠% أمامه . تحدثنا الأسبوع الماضي عن اعتقاد أكثر دقة وتكيفا ، هل تتذكر كيف تمت صياغته ؟

المريض: نعم ، أنا كفء في معظم الأمور ولكنني بشر أيضا .

المعالج: حسنا ، سليم ، نستطيع أن نقوم بعملية التقويم هذه كل أسبوع في بداية كل جلسة لو تستطيع القيام بذلك مسبقا . أود منك أن تبقى ورقة العمل أمامك خلال الجلسة لترى ما إذا كان الموضوع الذي نتحدث عنه مرتبط بالاعتقاد (أنا غير كفء) أم لا ؟

المريض: حسنا .

المعالج: دعنا الآن نبدأ في إكمال الجزء الآخر معا . لكي تتعلم كيف تقوم بذلك بنفسك ، إذا لم يكن لديك مانع ، وبعد ذلك من المفيد أن تضيف إليه أشياء جديدة كل يوم .

المريض: حسنا .

المعالج: شيء آخر يا سليم ، يتطلب إكمال هذه الورقة ، الوقت والتدريب كما حدث مع سجل الأفكار .

المريض: لا بأس .

المعالج: لنبدأ بالجانب الأيسر ، الأدلة على أنك غير كفء ؟

المريض: حسنا .

المعالج: فكر بما عملت اليوم ، ما الدليل على أنك غير كفء ؟

المريض: حسنا ، لم أفهم الموضوع الذي تحدث عنه مدرس الرياضيات اليوم .

المعالج: أكتب ذلك في الجانب الأيسر ، ثم أكتب ولكن بعده . الآن دعنا نرى ما إذا كان هناك تفسير آخر لعدم فهمك لهذا الموضوع غير كونك غير كفء؟

المريض: كانت المرة الأولى التي يتحدث فيها المدرس عن هذا الموضوع

ولم يكن الموضوع من المواضيع المطلوب قراءتها.

المعالج: حسنا ، أليس بإمكانك فهمه ؟ بعد مراجعة المدرس له ، أو بعد أن تقرأ شيئا عنه أو تطلب من أحد أن يشرحه لك ؟

المريض: محتمل .

المعالج: الآن أكتب بعد (لكن) ما يسمى إعادة صياغة (Reframe) : طريقة أخرى أكثر تكيفا للنظر إلى الدليل ،ما عسى أن يكون ذلك ؟

المريض: أستطيع القول (ولكنني لم أقرأ عن الموضوع ، ومن المحتمل أن أفهمه فيما بعد) .

المعالج: حسنا ، أكتب ذلك . دعنا ننظر ما إذا كان من الممكن جعل إعادة الصياغة أقوى . هل توافق على أن عدم فهم الموضوع يعني على أسوأ احتمال أن لدى الشخص صعوبة في شيء ما وليس أن الشخص غير كفء بالمرة ؟

المريض: هذا صحيح .

المعالج: أليس من الممكن ألا يفهم ذوو الكفاءة الأشياء عندما تطرح عليهم لأول مرة ؟

المريض: هذا صحيح .

المعالج: أليس من الممكن أيضا أن هناك عدم كفاءة من جانب المدرس لأنه لم يشرح الموضوع بشكل واضح ، لأنه لو فعل ذلك لفهم الموضوع عدد أكبر من الطلاب .

المريض: هذا ممكن .

المعالج: ما رأيك في أن تفكر لبعض الوقت في أشياء أخرى تريد إضافتها............... حسنا ، دعنا نحاول (في الجانب الأيمن

الآن ، هل هناك أدلة، فيما حدث اليوم، على أنك كفء في أشياء كثيرة ؟ أرجو التنبه إلى أن ذلك قد يكون صعبا إذا كانت المخطوطة نشطة الأمر الذي يجعل الفرد ينتقي المعلومات التي تؤيدها؟

المريض: قدمت بحث جيد في مادة الحاسب الآلي.

المعالج: حسنا ، أكتب ذلك ، هل هناك أشياء أخرى ؟

المريض: طرحت سؤال على المدرس في مادة التاريخ .

المعالج: شيء جيد........ شيء آخر ؟

المريض: لم يستجب .

المعالج: ماذا عن قدرتك على فهم ما هو المطلوب فيما نقوم به الآن ؟

المريض: أعتقد ذلك .

المعالج: ما رأيك في أن تضيف أشياء جديدة كل يوم للجزء السفلي لهذه الورقة كواجب منزلي ؟ هل تلاحظ أن البدء بالجزء الأول من الجانب الأيسر هو الأسهل قياسا على الجزء الثاني والجانب الأيمن للورقة .

المريض: نعم .

المعالج: أعمل ما تستطيع . من الممكن، عند الحاجة، أن نعمل سويا في إعادة الصياغة والبحث عن أدلة إيجابية . على كل حال ، إذا وجدت صعوبة في إكمال الجانبين الأيمن والأيسر فبإمكانك أن تتصور أن شخص آخر، زميلك مثلا ، وهو يمر بنفس الظروف وكيف تتصور أن يكون رد فعله ؟

المريض: لا بأس .

المعالج: هل تعتقد أن هناك شيء قد يمنعك من القيام بهذا الواجب هذا

الأسبوع ؟

المريض: لا ، سأحاول القيام به .

المعالج: ممتاز (J. Beck,1996) .

ج/ السبر التاريخي للاعتقاد الأساسي: في هذا الفنية يساعد المعالج المريض في محاولة للبحث عن أدلة قد تكون مسؤولة عن تكون الاعتقاد الأساسي ثم إعادة صياغتها وكذلك اكتشاف أدلة تتناقض مع الاعتقاد الأساسي. من الممكن استخدام ورقة عمل الاعتقاد الأساسي مع هذه الفنية . في الغالب يكون التعامل في فنية ورقة عمل الاعتقاد الأساسي مع الاعتقاد وأثره في الحاضر ومن الممكن بالطبع استخدامها مع فنية السبر التاريخي للاعتقاد الأساسي للتعامل مع أشياء حدثت في الماضي. على سبيل المثال:

المعالج : سليم ، أود أن أعرف كيف بدأت فكرة أنك شخص غير كفء ؟

المريض: حسنا .

المعالج: دعنا نستخدم ورقة عمل الاعتقاد الأساسي ونستعرض ما حدث لك منذ أن كنت طفلا ، هل تتذكر أي شيء حدث لك عندما كنت صغيرا جدا وجعلك تعتقد أنذاك أنك غير كفء ؟

المريض: أتذكر حادثة في دار الحضانة. كنت أحاول تركيب لعبة الغاز وصرخت على المدرسة . وأتذكر أني بكيت لفترة طويلة .

المعالج: هل كنت بطيئا في إكمال اللعبة ؟

المريض: شيء مثل ذلك .

المعالج: وشعرت بأنك غير كفء

المريض: نعم .

المعالج: حسنا ، أكتب ذلك في الجانب الأيسر. سوف نكتب إعادة الصياغة فيما بعد. أي شيء آخر ؟ .

المريض: أتذكر أننا (العائلة) ذهبنا لحديقة عامة ، وكان الأطفال الآخرين يستطيعون ركوب الدراجة ولكنني لم أستطع ذلك .

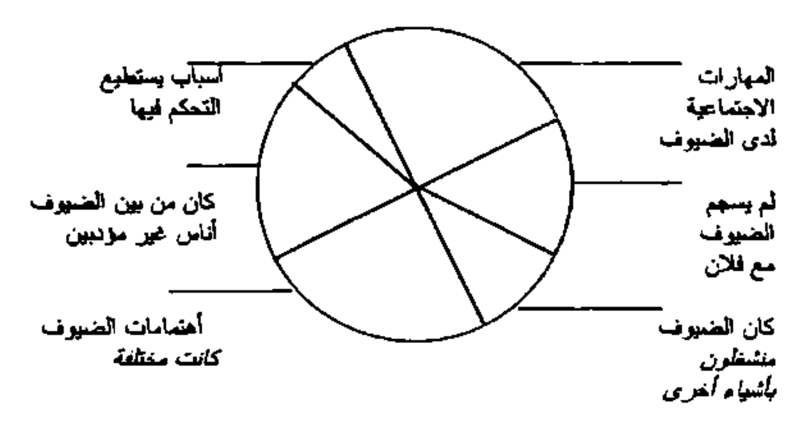
وهكذا يستمر المريض في الجلسة أو في المنزل بتسجيل الحوادث السابقة التي ساهمت في تكوين الاعتقاد الأساسي في فترة ما قبل المدرسة، المرحلة الابتدائية ، المتوسطة ، الثانوية ، الجامعة ، العشرينيات ...الخ . الخطوة الثانية في هذا الاستعراض التاريخي تشتمل على البحث عن وتسجيل الأدلة التي تدعم الاعتقاد الإيجابي الجديد في كل مرحلة. وبعد أن يسترجع المريض عدد أكثر من الحوادث الإيجابية يكون مستعدا للخطوة الثالثة : إعادة صياغة كل جزء من الأدلة السلبية . وأخيرا يقوم المريض بتلخيص المعلومات الخاصة بكل مرحلة؛ على سبيل المثال:

سنوات المرحلة الثانوية : أنجزت باقتدار الكثير من الأشياء ابتداء ببعض الألعاب الرياضية وتحمل مسؤولية الكثير من الأشياء في المنزل وانتهاء بالنتائج الجيدة في المدرسة . لم أحصل على تقدير ممتاز ، ولم أكن قادرا على الأداء الجيد في كل شيء ، وشعرت بعدم الكفاءة أحيانا ولكنني بصورة عامة شخص كفء (J. Beck,1996) .

د/ فنية تحديد المسئولية : أحيانا يبالغ المريض في تقدير قدرته على التحكم في الأشياء أو في مسئوليته عما يحدث . ومن الممكن استخدام هذه الفنية لمساعدة المريض على تكوين تفسير بديل للتفسير الذي يحمل فيه نفسه مسؤولية ما حدث . لنفترض أن المريض مثلا يشعر بعدم الارتياح بعد دعوته لعدد من معارفه لتناول طعام الغداء اعتقادا منه أنه قد تسبب في عدم استمتاع المدعوين بالمناسبة . أطلب من المريض أن يضع قائمة بالأسباب المحتملة الخارجة عن مسئوليته والتي قد تكون وراء فشل المناسبة ثم خصص

حيزا لكل منها على دائرة . (سوف يتم التعرض لـــهذه الفنيـــة فـــي العـــلاج الاستعرافي السلوكي للوساوس القهرية في الباب الثالث من هذا الكتاب) . وفي النهاية سيجد المريض في الغالب أنه لم يبق سوى حيزا محدودا لكونه مسئولا أو قادرا على التحكم فيما حدث .

الشكل التالي يوضح هذه الفنية:



شكل يمثل العوامل التي ساهمت في عدم استمتاع الناس بحضور مناسبة دعـــا اليها المريض مجموعة من الناس(Clark, 1991).

هـــ/ فنية المزايا والعيوب : تعتبر فنية المزايا والعيوب من الفنيـــات الجيـــدة لتطوير أفكار بديلة فعالة. ولتوضح كيفية استخدام هذه الفنية ســـوف نســـتخدم مثال مع مريض يعاني من اضطراب استخدام المواد المخدرة ومـــن الممكـــن استخدام أي فكرة أو سلوك تبعا لوضع المريض الذي سوف تستخدم معه هـذه الفنية . في هذه الفنية يقوم المعالج بمساعدة المريض علـــى تفحـــص مزايـــا وعيوب التمسك بالفكرة أو السلوك وكذلك مزايا وعيوب التخلي عن الفكـــرة أو السلوك :

المعـــــــالج : سوف أساعدك في تقويم مزايا وعيـــوب اســتخدام مقــابل الامتناع عن تعاطي الكحول . وكما ترى أنا أقوم الآن برسم شكل يحتوي على أربعة مربعات . نكتب في الجانب الأيمن منه المزايا والعيوب ونكتـــب فـــوق الشكل الامتناع والاستمرار. دعنا نحاول إكمال الشكل . ما هي مزايا الامتنـــاع عن تعاطي الكحول .

المريض : التخلـــص من الآلام التي تعقب استخدام الكحول .

المعـــــــالج : أي شيء آخر ؟

المريض : لن أتغيب عن العمل .

المعـــــــالج : أي مزايا أخرى .

المريض : أحل مشاكلي مع زوجتي ومع مديري في العمل.

المعـــــــالج : أي شيء آخر .

المريض : أستطيع توفير بعض المال .

المعـــــــالج : أي شيء آخر

المريض : لن أدخل السجن إذا لم أتعاطى الكحول .

المعـــــــالج : هل بإمكانك ذكر أي شيء آخر ؟

المريض : المحافظة على صحتي .

المعـــــــالج : أي شيء آخر ؟

المريض : لا أتذكر أي شيء آخر .

المعـــــــالج : حسنا الأن ما هي مزايا تعاطي الكحول ؟

المريض : لا شيء .

المعـــــــالج : لابد وأن يكون هناك شيء يجعلك تتعاطاه .

المريض : دعني أفكر ، اعتقد أنه الشيء الذي نفعله عندما أكون مع أصحابي.

المعـــــــالج : أي مزايا أخرى ؟

المريض : يساعدني على النوم .
المعـــــالج : أي شيء آخر ؟
(وتستمر المناقشة حتى إكمال الخانات الأربع)

يساعد إكمال هذه المهمة المريض في التعرف على العـــــواقب الســلبية لسلوكه ويساعد المعالج والمريض ، من خلال تحـــــديد مزايـــــا السلوك من وجهة نظر المريـــض ، فـــي إيجـــــــاد بدائـــــل مرغـــــوبة للسلوك غير المرغوب فيه (Liese & Franz, 1996) .

(في الجدول التالي مثال على استخدام هذه الفنية)

	الامتناع عن تعاطي الكحول	الاستمرار في تعاطي الكحول
المزايا	- التخلص من الآلام التي تعقب تعاطي الكحول - المواظبة على العمل - حل مشاكلي مع زوجتي ومع رئيسي في العمل - توفير المال - البقاء بعيدا عن السجون	- الاجتماع بالأصحاب الذين يتعاطون الكحول - النوم بسهولة - يساعدني في نسيان مشاكلي
العيوب	- الابتعاد عن أصحابي القدامى - صعوبة النوم - التفكير في مشاكلي	- معاناة الآلام التي تعقب تعاطي الكحول - التغيب عن العمل - تذمر زوجتي ورئيسي في العمل من سلوكي - إهدار الكثير من المال - قد اسجن - الأضرار بصحتي

و/ **فنية القصص والأساطير:** يتهم البعض المعالجين الاستعرافيين الســلوكيين بأنهم يطبقون العلاج بشكل تقني : اتباع قواعد وإجراءات محددة . لكن بعــض هؤلاء المعالجين الاستعرافيين السلوكيين بالإضافة إلي اتباع قواعد وإجراءات محددة . يدركون أهمية القصص والأساطير في نقل القيم من جيل إلى جيل في

الحضارات المختلفة ويرون أن لها قدرة علي إحداث تحولات استعرافية لـــدى بعض المرضي (استبدال مخطوطة بأخرى). وهكذا فإنه بإمكـــان المعـــالج اختيار قصة معينة تتناسب مع محتويات المخطوطة لدى المريض . علي سبيل المثال افترض أن لدى أحد المرضى الذين يعانون من القلق والمخاوف الاعتقاد الأساسي التالي (يجب علي تفادى الخطر والمغامرة بأقصى قدر ممكن)في هذه الحالة من الممكن أن تقص عليه قصة تساعده علي مجابهة مخاوفه. على سبيل المثال :

راقب أحد العلماء في أفريقيا سلوكيات الأسود في الغابة فلاحظ أنها تعامل كبارهـــا بطريقة مختلفة عن ما يفعله معظم أنواع الحيوانات الأخرى . تترك أنواع كثيرة مـــن الحيوانات كبارها تموت لأنها (الكبار) لا يستطيع مجاراتها . أما الأسود فتستفيد مـــن كبارها . ليس لدى كبار الأسود مخالب ومعظم أسنانها قد ســـقطت ولكنـــها لا زالـــت تستطيع ممارسة الزئير . يصطف كبار الأسود علي أحـــد جوانـــب الـــوادي الملـــيء بالظباء. وعلي الجانب الأخر يجتمع صغار الأسود وينتظرون . تزأر كبـــار الأســـود فتهرب الظباء في الاتجاه المعاكس صوب الأسود المنتظرة. لو أن الظباء اتجهت نحـــو الزئير سلمت من الخطر .

وكما هو الحال مع هذه الظباء . يهرب الكثير منا من الخطـــر ولا تذهـــب مخاوفهم كنتيجة لذلك . لو واجه الناس مخاوفهم واتجهوا نحو الزئـــير تغلبـــوا علي هذه المخاوف .(Mc Mullin,1986) .

ز/ بطاقات (كروت) المخطوطة: وهي عبارة عن بطاقات (كـــروت) يتعـــاون المعالج والمريض علي كتابتها . تحتـــوى علـــي أقـــوى الأدلـــة المناقضـــة للمخطوطة يحملها المريض معه ويطلب منه قراءتها عندما تستثار المخطوطة. تكرار هذا العمل يضعف المخطوطة غير الفعالـــة ويســـاعد علـــي اســـتبدالها بمخطوطة متكيفة (McGinn & Young,1996) . يكتب في البطاقة علـــي سبيل المثال : الاعتقاد أو الفكرة التلقائية المرتبطة بالمخطوطة ويكتب تحتها أو خلف البطاقة الأدلة التي تناقضها لإبطال مفعولها .

ثانيا : الفنيات الخبروية :

يقصد بالفنيات الخبروية الفنيات التي تثير الانفعالات . ويرى بعض الاستعرافيون أنها تساعد علي تغيير المخطوطة . ومن ذلك :

أ/ الفنيات التخيلية : من الممكن بالطبع استخدام هذه الفنية مع حالات مختلفة. علي سبيل المثال دعنا نفترض أن المعالج بصدد التعامل مع مريض لديه حرمان عاطفي. في هذه الحالة يشجعه المعالج علي مواجهة الشخص الذي عامله معاملة غير إيجابية باستخدام التخيل : يطلب من المريض أن يتخيل الخبرة بأكبر قدر ممكن من الوضوح . وللمساعدة في تحقيق ذلك يطلب المعالج من المريض أن يصف الموقف بالتفصيل: الوضع الذي كان عليه (الوالد , الوالدة ، الاخوة ، الأخوات أو الأقران وكذلك السياق والوقت الذي حدثت فيه الحادثة، ويشجع المريض علي استثارة الأفكار والانفعالات المرتبطة بالموقف المتخيل .

يطلب من المريض الحفاظ علي الوضع المتخيل ثم الاستجابة له بشكل إيجابي. علي سبيل المثال: خلال عملية التخيل يطلب من المريض أن يبلغ الشخص الذي كان ينتقده بأثر هذا النقد عليه . ويظهر غضبه عليه لأنه أساء معاملته . يساعد هذا الأسلوب المريض علي إدراك دور الشخص الذي أساء معاملته في تشكيل المخطوطة غير الفعالة لديه , بدلا من لوم نفسه واحتقارها .

ب/الحوار المخطوطاتي (المرتبط بالمخطوطة): يتعلم المريض في الحوار المخطوطاتي رفض المشاعر السلبية في المخطوطة ويقوي الجوانب الإيجابية في شخصيته (مخطوطة فعالة). وفي هذه الفنية يشجع المريض علي الرد على المخطوطة غير الفعالة من بأدلة مناهضة لها الأمر الذي يساعده على التحرر الانفعالي من المخطوطة. مثال:

يطلب من المريض التنقل بين كرسيين , في الكرسي الأول يلعب دور (صوت) المخطوطة (الأفكار التي تنسجم مع المخطوطة) وفي الكرسي الآخر يقوم المريض بالرد علي صوت المخطوطة بأفكار تمثل مخطوطة

متكيفة. قد يكون هذا الدور الأخير أصعب من الدور الأول لذا فلا بأس من أن يقوم المعالج بالإشارة، مستعينا بما يعرفه عن حياة المريض ، إلى الأدلة المناهضة للمخطوطة غير الفعالة وكذلك تذكير المريض بأثر المخطوطة السلبية في حياته . ومع التدريب يتعلم المريض بصورة تدريجية تبني المخطوطة الفعالة والرد على المخطوطة غير الفعالة (McGinn & Young,1996) .

ثالثا : الفنيات السلوكية:

أ/فنية التصرف (كما لو) : في الكثير من الأحيان يقوم المريض بسلوكيات معينة تضعف الأفكار والاعتقادات المرتبطة بها . وفي هذه الفنية يطلب المعالج من المريض (في الوقت المناسب) أن يتصرف كما لو كان يصدق بفكرة معينة بهدف إضعاف الاعتقاد غير المتكيف. وفيما يلي مثال على تطبيق ذلك:

المعالج: حسنا ، سالم ، إلى أي درجة تصدق الآن بأن طلب المساعدة دليل على الضعف ؟

المريض: ليس كثيرا ، ٥٠ %.

المعالج: حدث تغير جيد . ألن يكون من الأفضل لو أنك تصرفت وكأنك لا تصدق به بالمرة ؟

المريض: لست متأكد مما تقصد .

المعالج: إذا كنت لا تعتقد أن ذلك دليل على الضعف ، أو بمعنى آخر ، أن طلب المساعدة شيء مفيد ، فما الذي سيكون بإمكانك القيام به هذا الأسبوع ؟

المريض: حسنا، تحدثنا عن ذهابي إلى المعيد للاستفسار عن بعض الأمور التي لم أفهمها ، وإذا اعتقدت أن

طلب المساعدة شيء جيد ذهبت إليه .

المعالج: أي شيء آخر ؟

المريض: قد أطلب المساعدة في مادة الرياضيات من شخص آخر ، وقد أطلب من أحد الطلبة أن يعطيني ما دونه في المحاضرات .

المعالج: جميل ، وما هي الأشياء الإيجابية التي ستحدث لو أنك فعلت بعض هذه الأشياء؟

المريض: أحصل على المساعدة التي أحتاجها .

المعالج: هل تعتقد أن لديك الاستعداد هذا الأسبوع لتتصرف كما لو كنت تصدق بأن طلب المساعدة شيء مفيد ؟

المريض: ربما .

المعالج: حسنا ، سوف نناقش الأفكار التي قد تمنعك من القيام بذلك ولكن قبل ذلك جيدا لو سجلت ما لديك من أفكار. ما رأيك في أن تكتب العبارة (الفنية) التالية لمساعدتك على القيام بما تتردد في القيام به ؟ (تصرف كما لو كنت تصدق بالاعتقاد الجديد ، حتى لو أنك لا تصدق به تماما)(J. Beck,1996) .

ب/ الإعادة المحددة لبعض خبرات المريض مع والديه: في هذه الفنية يقوم المعالج بتوفير علاقة علاجية تتناقض مع المخطوطة غير المتكيفة لدى المريض بناء على المعلومات التي تم جمعها عن المريض واعتقاداته . تفيد هذه الفنية بالذات مع المرضى الذين تعرضوا خلال نشأتهم الأولى للنقد المبالغ فيه وإساءة المعاملة والرفض والحرمان . ففي حالة المريض الذي كان والده لا يظهر له العواطف الإيجابية على سبيل المثال ، يحاول المعالج إظهار ذلك قدر الاستطاعة . المعالج هنا يقدم للمريض ما يشبه الخبرة الانفعالية المفقودة مع مراعاة النواحي الأخلاقية والمهنية في هذا الخصوص . ولكن المعالج لا

يتصرف وكأنه والد المريض أو يشجعه على العودة إلى الاعتمادية الطفولية (McGinn & Young,1996) . ما يحدث هنا هو أن المعالج خلال العلاقة العلاجية يحاول توفير الدفء والتقبل والثبات في العلاقة العلاجية لتعويض القصور الذي حدث في بيئة المريض عندما كان طفلا . وقد يشتمل ذلك مثلا على التقبل غير المشروط ، السماح بالاتصال عن طريق الهاتف بدون موعد مسبق ، السماح له بعمل الأشياء التي كان يرغب في القيام بها عندما كان طفلا ولكن أهله لم يسمحوا له بالقيام بها ، مثل : تشجيعه على أن يسمح لنفسه بممارسة بعض السلوكيات المقبولة التي كان أهله يعتبرونها من الأشياء غير الضرورية . كل ذلك يساعد على : المرونة في التفكير والسلوك ، تعلم أنه من الممكن تغيير أنماط الحياة التي كانت متبعة في الصغر وزيادة المهارات الاجتماعية (Blackburn & Twaddle,1996) .

الباب الثالث: النماذج والخطط العلاجية الاستعرافية السلوكية للاضطرابات النفسية

النماذج والخطط العلاجية في العلاج الاستعرافي السلوكي

تمهيد

سوف نقدم في الصفحات التالية نماذج متعددة للاضطرابات النفسية (نموذج لكل اضطراب) وكذلك الخطط العلاجية لهذه الاضطرابات من وجهة النظر الاستعرافية ولكن قبل الشروع في ذلك ربما كان من الملائم التعرض للنموذج الاستعرافي العام للاضطرابات النفسية .

تعتبر الأفكار التلقائية واجهة الاستعراف التي من الممكن إخضاعها للوعي إلى حد كبير من قبل المريض أو المعالج. وتطلق صفة التلقائية على هذه الأفكار و (الخيالات) لأنها في العادة تظهر بصورة عفوية ، وكثيراً ما تختفي بسرعة إلى درجة أنها قد تمر دون أن يدركها المريض إذا لم يوجه إلى تعمد مراقبتها ورصدها . وتؤدي هذه الأفكار التي تعكس تقويم الفرد للموقف، وليس الموقف كما هو فعلاً، إلى الاستجابات السلوكية والانفعالية المختلفة. أما مدى تكيّف هذه الاستجابات فيعتمد على ما إذا كان التقويم للمواقف مشوهاً أو مبالغاً فيه أم لا. ويحدث التشويه أو المبالغة إذا كانت المخطوطة التي نشطت لعلاقتها بالموقف غير متكيفة.

والمخطوطة عبارة عن نماذج داخليه لجوانب من الذات والعالم يستخدمها الناس في الإدراك والتصنيف واستدعاء المعلومات . وتتطور المخطوطة من خلال العديد من الخبرات حول موضوع معين . وتعتبر المخطوطة متكيفة طالما أنها تسهل عملية المعالجة الملائمة للمعلومات، تسمح بربط المعلومات الجديدة بأخرى قديمة مما يسهل عملية إدراكها واستدعائها بسهولة ومن ثم اتخاذ الإجراء المناسب عند الحاجة . ولكن هذه العملية (ربط المعلومات) ، تصاحب في الغالب بازدواجية في التعامل مع المعلومات الجديدة: انتقاء المعلومات التي تنسجم مع محتويات المخطوطة وتجاهل

المعلومات التي تتناقض مع محتويات المخطوطة. وتفترض النظريات الاستعرافية للاضطرابات النفسية أن لدى الناس الذين يعانون من اضطرابات انفعالية مخطوطات غير متكيفة تجعلهم يتحيزون في إدراك المواقف فينظرون لها كمواقف تمثل فقدان شيء ما أو خطر ما أو أنواع أخرى من التهديد للذات. وعلى الرغم من أن المخطوطة غير نشطة معظم الوقت إلا أنها قد تنشط بعد حدوث مواقف حياتيه معينة ضاغطة أو حالات مزاجية سلبية . وعندما تنشط فمن الممكن أن تسيطر على إدراك الفرد للمواقف الجديدة وبالتالي تحافظ على استمرار الوضع الانفعالي . وهذه النظرة المشوهة للمواقف (cognitive distortion) هي حلقة الوصل بين المخطوطة غير المتكيفة وبين الأفكار التلقائية. ويحدث التشويه للمعلومات الجديدة بشكل يجعلها تنسجم مع محتويات المخطوطة ذات العلاقة (Robins & Hayes, 1993) .

ويعتقد بك (1991) أن الاستجابات المرضية(التي تعتمد على مخطوطات مرضية) عبارة عن أشكال مبالغ فيها من الاستجابات العادية . فالإحساس بالانهزام والانسحاب من التعامل مع الناس ومن محاولة تحقيق الأهداف التي يسعى إليها الفرد تستمر وتنتشر وتقوى وتتبع بحزن (في الحالات الاكتئابية) . وفي الهوس تزداد الرغبة في النشاطات الهادفة. وفي اضطرابات القلق يتحول الإحساس بإمكانية تعرض الفرد للخطر الى خوف عام وزائد عن حده قد يؤدي فيما بعد إلى الرغبة في الدفاع عن الذات والهروب(أنظر ما ذكر حول المخطوطة في الباب الأول) . وهكذا يبدو أن السلوكيات غير المتكيفة والانفعالات غير الملاءمة التي تظهر في الاضطرابات النفسية المختلفة عبارة عن أشكال مبالغ فيها لعمليات التكيف العادية .

<u>وبصورة عامة يتميز كل اضطراب نفسي معين بمحتوى استعرافي معين. ويوضح الجدول التالي باختصار محتويات الاستعراف لبعض الاضطرابات النفسية(Beck & Rsuh,1989. P. 1542).</u>

الاضطراب	المحتويات الاستعرافية الخاصة بالاضطراب
الاكتئاب	نظرة سلبية للذات وللخبرات وللمستقبل
الهوس الخفيف	نظرة متضخمة للذات وللخبرات وللمستقبل
اضطرابات الفزع	تفسير مأسوي لخبرات جسمية وعقلية
الخوف المرضي	وجود مخاطر في مواقف محددة من الممكن تفاديها
الوساوس	تحذير أو شك متكرر حول سلامة الفرد أو سلامة الآخرين .
القسر (الأفعال القهرية)	أفعال متكررة لتفادي الخطر
السلوك الانتحاري	اليأس ، والقصور في القدرة على حل المشكلات
فقدان الشهية العصبي	الخوف من السمنة أو من الشكل غير المقبول للجسم

وتبعاً لهذه الفروق الاستعرافية يخصص العلاج الاستعرافي السلوكي تدخلات معنية تناسب كل اضطراب، وهذا ما سوف نتطرق له في الصفحات التالية.

الفصل الثاني عشر: النموذج والخطة العلاجية الاستعرافية السلوكية للاكتئاب

النموذج الاستعرافي للاكتئاب:

في إجابته على استفسارات المعالج الرامية إلى التعرف على مشكلته أجاب أحد المرضى: عقل فارغ وجسم فارغ وممستقبل فارغ . ويقول المعالج في معرض تعليقه على وضع المريض، بناء على ملاحظته له خلال المقابلة، أن الإجابة جاءت عفوية وصادقة وتعبر فعلاً عما يشعر به المريض . كان الرجل يعاني من الاكتئاب . ويميل ذوى الاتجاه الاستعرافي في تفسير الاكتئاب وتطوره إلى الاعتقاد بأن ظهور أعراض الاكتئاب يرتبط، مع عدم تجاهل العوامل البيولوجية، بوجود أفكار سلبية لدى المريض كما هو واضح من إجابة هذا المريض على أسئلة معالجه (Blackburn & Twaddle, 1996, P.P 60 - 61) .

ويرى أصحاب المنحى الاستعرافي في تفسير الاكتئاب أن لخبرات الطفولة المتعلقة بفقدان شيء مهم بالنسبة للطفل (شخص أو شيء) دورا هاما في جعل الإنسان أكثر عرضة للاكتئاب . فالطفل الذي يفقد شيء عزيز عليه قد يعاني من أعراض اكتئابية عندما يصبح رجلاً إذا ما تعرض لحوادث مشابهة(فقدان شيء) لما حدث له أثناء طفولته (Newton, 1988, P. 50 - 57) . ويحدث تبعاً للنموذج الاستعرافي للاكتئاب ، فيما بين الخبرات السابقة (المبكرة) والخبرات اللاحقة التي تسبق ظهور أعراض الاكتئاب العديد من التحولات الاستعرافية التي تطرق لها المنظرون والمعالجون الاستعرافيون:

يكوّن الناس في مراحل مبكرة من حياتهم بناء على خبراتهم الشخصية مفاهيم معينة قد تؤثر في تكوين مفاهيم لاحقة. ومن المحتمل إذا لازمت هذه المفاهيم الفرد لفترات طويلة أن تتحول إلى أبنية استعرافية ثابتة (مخطوطات) . وقد تبقى هذه المخطوطات في حالة كمون لفترات معينة ولكنها قد تنشط في حالة تعرض الفرد لظروف معينة مشابهة للخبرات السابقة التي ساهمت في تكوين الاتجاهات السلبية(التي تحتوى عليها المخطوطات) وهذا قد يؤدي بدوره إلى ظهور الاكتئاب . والمخطوطة النشطة تؤثر على قدرة الفرد على اختبار الواقع حيث بظهورها يبدأ الفرد في الوقوع في أخطاء استعرافية مثل التركيز على الجوانب السلبية للموقف وتجاهل الجوانب الايجابية(التجريد الانتقائي) (selective abstraction) الأمر الذي يجعل نظرته للمواقف الحالية أقل موضوعية مما كانت عليه قبل ظهور أعراض الاكتئاب (Beck & Rush, 1989,P.1543) . وهكذا فإن السلبية التي تميّز الاكتئاب مرتبطة بالمخطوطة الاكتئابية التي تنشط بحدوث ضغوط معينة ، فالشخص الذي يعتقد مثلاً (إذا لم أنجح تماماً فأنا شخص فاشل) (اعتقاد من محتويات المخطوطة) يكون معرضاً للاكتئاب إذا ما فشل في شيء ما (Haaga, Dyck & Ernst, 1991) .

وتشتمل النظرة السلبية لدى المكتئب على ثلاثة جوانب : <u>النفس(يرى المكتئب أنه شخص تافه وغير مرغوب بسبب العيوب التي يعتقد أنها موجودة لديه)</u>، والخبرات <u>(يرى المكتئب أن العالم المحيط به عبء ثقيل عليه يحول بينه وبين تحقيق أهدافه أو أن ليس فيه ما يسر)</u>، والمستقبل <u>(يعتقد المكتئب أن مشاكله الحالية سوف تستمر إلى ما لا نهاية)</u> وهى ما اسماه بيك بالثالوث الاستعرافي (The cognitive triad) (Beck & Rush, 1989). ويظهر النمط الأول المتعلق بالنظرة السلبية للنفس لدى معظم مرضى الاكتئاب أما النمطان الآخران فيظهران في الأمور ذات العلاقة بالنمط الأول (Blackburn & Twaddle,1996). كما يبدى الرغبة في/(ويقدم) بعض المكتئبين على الانتحار كتعبير متطرف عن الرغبة في الهروب من الوضع الذي يبدو للمريض كشيء لا يمكن التحكم فيه، أو تحمله، أو الخلاص منه .

وفي الاكتئاب يقل نشاط المريض بصورة عامة ويتوقف عن تسعى لتحقيق ما لديه من أهداف لأنه يعتقد بأن كل محاولاته ستبوء بالفشل . ومن الممكن عزو التردد الذي يعاني منه المكتئب عندما يحاول اتخاذ قرار ما إلى اعتقاده بأنه غير قادر على اتخاذ القرارات الملاءمة . ومن الممكن أيضاً عزو بعض الأعراض الجسمية لدى المريض لأسباب استعرافية حيث تؤدي التوقعات السلبية لديه إلى فقدان الطاقة وسرعة الإحساس بالتعب (Beck & Rush, 1989) .

وفي معرض مناقشته للفكرة التي طرحها بعض المهتمين بالاضطرابات النفسية: المشكلة في الاكتئاب هي أن الشخص يكون واقعي أكثر مما يجب ، أشار بك (1991)إلى أنه وفقاً لما نعرفه حتى الآن عن الاكتئاب ممن الممكن افتراض ما يلي: أ/ هناك تحيّز إيجابي في النظام الاستعرافي غير الاكتئابي و ب/ عندما يبدأ التحول تجاه الاكتئاب يتم تحييد/إبطال مفعول التحيّز الإيجابي و جـ/ عندما يظهر الاكتئاب يحدث تحيّز استعرافي سلبي .

ومن الممكن إيجاز الفروض التي طرحتها النظرية الاستعرافية حول الاكتئاب فيما يلي : أولا:الفروض المتعلقة بالسببية (وجود استعداد للتعرض للاكتئاب) في الاكتئاب : ١- لدى المريض اعتقادات غير متكيفة ثابتة قبل وخلال وبعد ظهور الاكتئاب ٢- تعتمد قدرة الحوادث على إثارة الاكتئاب على (١) محتوى المخطوطة(تثار المخطوطة بالحوادث ذات العلاقة بمحتواها) و (٢) نوع شخصية الفرد: وهو موضوع طرحه بك ولا يزال في حاجة إلى المزيد من البحث للتأكد من مدى قدرته على تحديد القابلية للاكتئاب. وتدور الفكرة هنا حول وجود نوعين (بعدين) من الشخصية : أ / الاستقلال (autonomy) و ب/ الاعتمادية الاجتماعية (sociotropy) يتأثر كل نوع منهما بأنواع معينة من الضغوط (الحوادث) ، فالاجتماعي يفضل الألفة وقبول الآخرين له ، لذا يتأثر أكثر بالرفض من قبل الآخرين أما المستقل فيفضل الاستقلالية والإنجاز لذا فهو يتأثر أكثر بالفشل أي أن نوع الشخصية يحدد نوع الضغوط القادرة على إثارة الاكتئاب لدى الفرد و٣- تحدث النوبات الاكتئابية

اللاحقة بنفس الطريقة التي حدثت بها النوبة الأولى .

ثانيا: الخصائص الاستعرافية: ويمكن إيجازها في: ١-السلبية : أفكار المكتئب أكثر سلبية من أفكار غير المكتئب ٢- المقصورية (Exclusivity): التمسك بالأفكار السلبية واستبعاد الأفكار الإيجابية ٣- الثالوث الاستعرافي (الاكتئابي) نظرة سلبية للنفس وللخبرات (العالم) وللمستقبل ٤-التلقائية (Automaticity) : تحدث الأفكار السلبية بصورة تلقائية متكررة ولا يستطيع المريض التحكم فيها بسهولة ٥- العمومية : الثالوث الاكتئابي صفة مشتركة لجميع أنواع الاكتئاب ٦-الضرورة (Necessity) : يظهر الثالوث الاكتئابي لدى كل المكتئبين ٧- الخصوصية (Specificity) : تتمحور الأفكار الاكتئابية تدور حول الفقدان (الخسارة) (loss) ٨- الارتباط بين الأفكار وبين الأعراض غير الاستعرافية: درجة سلبية الأفكار مرتبطة بشدة الأعراض غير الاستعرافية للاكتئاب و ٩- معالجة متحيزة أو مشوهة للمعلومات : انتقاء الجوانب السلبية في المواقف أو حتى تشويه الواقع (Haaga, Dyck & Ernst, 1991) .

ومن الممكن طرح شكل مبسط للنموذج الاستعرافي للاكتئاب يعتمد على تشكل المخطوطة في مراحل مبكرة واستثارتها بحوادث مشابهة لمحتواها على النحو التالي:

فقدان شخص عزيز(وفاة والد المريض في مرحلة الطفولة) ⟸تكون اعتقادات غير فعالة (أنا شخص ناقص، اذا لم أفعل ما يريده الأخرون رفضوني) ⟸ التعرض لحوادث غير سارة (مشاكل عائلية، أو مالية) ⟸ أفكار تلقائية سلبية (أنا السبب في كل ما حدث ، سأبقى وحيدا الى الأبد ، لا أستطيع تسيير شئون حياتي) ⟸ أنا شخص غبي ⟸ ظهور الأعراض (يقع المريض هنا في حلقة مفرغة – الاعتقادات تحافظ على استمرارية الأعراض والأعراض تدعم الاعتقادات والأفكار (Fennel, 1989).

العلاج الاستعرافي السلوكي للاكتئاب

البدء بعملية التقويم ثم الخطوات التالية بعد الانتهاء من عملية التقويم (الباب الثاني)

أ / من المفضل جداً في علاج الاكتئاب أن يقوم المعالج برفع مستوى النشاط لدى المريض من خلال تشجيعه على ممارسة النشاطات المحببة بالنسبة له والنشاطات التي تجعله يشعر بالقدرة على فعل (إنجاز) شيء ما وذلك بالاستعانة بجدول النشاط (الباب الثاني) للتعرف على مستوى نشاط المريض بصورة عامة ثم اختيار النشاطات الملائمة له .

ب/ تعريف المريض بسجل الأفكار (الباب الثاني) وكيفية استخدامه واستخدام الأسئلة السوقراطية للتعامل مع الأفكار غير الفعالة (التي تم ذكرها في النموذج الاستعرافي السلوكي للاكتئاب) باستخدام الأسئلة السوقراطية . ويطلب من المريض استخدام سجل الأفكار وجدول النشاطات كواجبات منزلية يقوم بها المريض وتناقش نتائجها أو الصعوبات التي قد تتخللها مع المعالج داخل الجلسات . واستخدام فنية الكشف عن الأخطاء الاستعرافية (فنية تحديد الأساليب الاستعرافية غير الفعالة) عند الحاجة .

جـ/ في الوقت المناسب (اذا دعت الحاجة الى ذلك) تدريب المريض على حل المشكلات والقيام بالتجارب السلوكية (الباب الثاني).

د / استخدام الفنيات التي تستخدم لاستبدال المخطوطة في نهاية العلاج عند الحاجة (Padesky & Greenberger,1995; Blackburn & Twaddle, 1996; Williams, 1997; Fennell, 1991).

هـ/ يجب على المعالج محاولة استكشاف ما إذا كان لدى المريض ميول انتحارية (انظر المثال حول هذه المشكلة في الجزء الخاص بالأسئلة السوقراطية (الباب الثاني).

وعندما ترد فكرة الأنتحار لابد من جمع المزيد من المعلومات للتأكد من جدية المريض ، وهل سبق وأن أعد خطة (خطط) لذلك ، وما الذي منعه من تنفيذها، وما شابه .... وإذا اتضحت جدية المريض في الانتحار فيجب أن يكون التعامل مع هذه المشكلة هو أول تدخل يستخدمه المعالج . يعتقد بعض المعالجين أحياناً أن ذكر الانتحار للمريض أمر يجب تجنبه ، لأن المعالج قد يضع الفكرة في رأس المريض ، ولكن في الواقع أن ما يحدث بعد التعرض لهذه المشكلة هو شعور المريض بالارتياح عندما يتكلم عن الموضوع بحرية . الانتحار في الغالب استجابة لتفكير المريض بأن الوضع لا يمكن تحمله وأنه ليس بالإمكان عمل شيء حياله . وهكذا يكون التخلص من الحياة محاولة لحل المشكلات . النقاش يفتح الطريق لإيجاد بدائل أخرى ، أو على الأقل يؤدي إلى الاتفاق على أن التفكير في الموضوع سوف يؤجل إلى ما بعد العلاج (Fennell, 1991) .

الفصل الثالث عشر: النموذج والخطة العلاجية الاستعرافية السلوكية للقلق العام
Generalized anxiety

النموذج الاستعرافي للقلق العام

في محاولتهم لتحديد العوامل التي تتحكم في ظهور القلق استخدم بـــك، امرى وقرينبيرق Beck, Emery & Greenberg (1985) المعادلة التالية :

القلق = (الاحتمال المدرك للخطر المتوقع × الكلفة المدركة للخطر المتوقع) / (القدرة المدركة لإمكانية مجابهة الخطر + العوامل الخارجية المدركة التي سوف تنقذ الموقف)

ويحدث القلق إذا اعتقد الفرد أن حجم الخطر المتوقـــع يفـوق قدرتــه المدركة على التعامل مع الموقف بنجاح - Salkovskis, 1996, PP 120) 121 ; Salkovskis, 1997, P. 51 - 52). ولكن في حالات القلـــق العــام (Generalized Anxiety disorder) وحالات القلق العـــام النقـــي Pure Generalized Anxiety Disorder) (Clark & Steer, 1996 P.83) . يشعر المريض أنه قد خسر أو سوف يخسر في هذه المحاولة حتى في حالـــة عدم وجود دالات موقفيه محددة (Wells & Butler, 1997, P. 157) .

ويعرف القلق العام بـ : توجس (worry) أو قلق زائد وغير واقعي في ظروف حياتية متعددة مصحوب بتوتر عضلي واضطراب وصعوبة في التركيز وسرعة الشعور بالتعب . ويطلق على القلق العام أحياناً القلق غير المرتبط بشيء (Free-floating anxiety) أو الطليق لأنه من الصعب تحديد مثيراته ولكن بك(1976) يعترض على هذه الفكرة بقوله : إن إطلاق هذه الصفة على القلق العام مبنية على وجهة نظر من يقوم بملاحظة مريض القلق وليس وجهة نظر المريض نفسه ، لأن لدى المرضى حسبما ما يدلون به في المقابلات العلاجية ، أفكاراً وخيالات توحي بأنهم يدركون وجود خطر كبير يهددهم في المواقف التي يظهرون القلق فيها وبالتالي فإن القلق لديهم ينتج من إساءة فهمهم لما يتعرضون له من مواقف (Clark, 1989, P. 52) الأمر الذي يدلل على أهمية التعامل مع الجوانب الاستعرافية لهذا الاضطراب .

وبالإضافة إلى عدم وجود اتفاق، بين الباحثين في هذا المجال، على تعريف القلق العام يعتبر هذا الاضطراب قياساً على ما هو عليه الحال بالنسبة لاضطرابات المخاوف (Phobic) والفزع (Panic) من الاضطرابات التي لم يحدث تقدم كبير في علاجها (Butler, Fennell, Robson & Gelder, 1991, P. 167) . ولعل من أسباب ذلك أنه لم يتم التوصل بعد إلى فهم طبيعة هذا الاضطراب ، الفهم الذي يتيح للمشتغلين في العلاج النفسي تطوير الأساليب الملاءمة لعلاجه . ومن ذلك مثلاً أنه لا يوجد نموذج استعرافي محدد للقلق العام كما أن هناك خلاف حول وظيفة التوجس (أحد عناصر تعريف القلق العام) في القلق العام(Blackburn & Twaddle,1996, P. 90-92) .

يضاف إلى ذلك أن القلق العام يظهر إلى جانب العديد من الاضطرابات النفسية (Comorbidity) ، الأمر الذي حدا ببعض الباحثين إلى اعتباره عامل يزيد من قابلية الفرد للتعرض للاضطراب الذي يُصاحبه . وقد كانت هذه الأسباب وبالذات صعوبة التفريق بين القلق العام وبعض الاضطرابات وراء دعوة بعض الباحثين للتخلص من القلق العام (من DSM - IV) أو وضعه في الملاحق كمشكلة في حاجة إلى المزيد من البحث. ولكن القلق العام احتفظ

بمكان له في الـ (DSM - IV) لأن حذفه يعنى أن حوالـي ٢٠% على الأقل من المرضى (حالات القلق العام بدون تشخيصات إضافية) سوف يتركون دون تشخيص (Brown, 1996, PP 35-36) .

ويوصى الباحثون المهتمون بتشخيص الاضطرابات النفسية، كحل مقبول لإشكالية تشخيص القلق العام مراعاة ما يلي :

١- أن يتأكد المعالج من أن القلق ليس رد فعل لضغط أو صدمة نفسية أو ناتج عن استعمال المخدرات أو مرتبط بعوامل بيولوجية (فرط إفراز الغدة الدرقية hyperthyroidism)، الاضطرابات العقلية العضوية ، نقص سكر الدم، اضطرابات الغدة النخامية (pituitary disorder) أو الأمراض العصبية).

٢- إذا ظهر القلق العام مع الاضطرابات التي يعرف أنها قد تساعد على ظهور القلق العام (اضطرابات الفزع، الخوف من الأماكن المفتوحة (agoraphobia) ،المخاوف البسيطة، الخواف الاجتماعي ، اضطراب الوساوس القهرية، الاكتئاب المصحوب بالقلق (anxious depression) أو الفصام فلا تشخص الحالة على أنها قلق عام (Thyer, 1987, P. 115) .

وقد ظهرت حديثا بعض التطورات الجديدة في فهم الجوانب الاستعرافية للقلق العام وبالذات فيما يتعلق بعلاقته بالتوجس وهى العلاقة التي لم تتضح من قبل كما أشير إلى ذلك .

ولعل من بين أبرز هذه المحاولات ما طرحه ويلز وبتلر Wells & Butler (1997) كنموذج استعرافي للقلق العام بعد مراجعة مستفيضة للدراسات التي عُنيت بهذا الاضطراب . وفي ذلك يبدأ الباحثان بتوضيح المقصود بالتوجس.

التوجس عبارة عن سلسلة من الأفكار التي تحتوي على وجدانات سلبية تدور حول الحوادث المستقبلية غير واضحة النتائج (Wells & Butler, 1997, P. 1616) .

وقد أشار تيرنر وزملاته Turner et al (1992) إلى أن الأفكار في التوجس تختلف عن تلك التي تحدث في الوساوس (Obsessions) في أن الأخيرة قد تأتي على شكل أفكار ، خيالات أو اندفاعات (نزوات) (Impulses) بينما تأتي الأولى على شكل أفكار فقط . كما أن الأفكار في التوجس مقبولة من قبل المريض بخلاف ما يحدث مع الأفكار الوسواسية بالإضافة إلى أن محتوى الأفكار في التوجس تبدو للمريض أقل اقتحاما للذهن قياسا على الأفكار الوسواسية (In Wells & Butler, 1997, P. 161).

وتختلف الأفكار في التوجس عن الأفكار التلقائية في أن الأفكار التلقائية تكون أكثر تحديدا حيث أنها ترتبط باضطرابات معينة (تدور حول التقويم السلبي من قبل الآخرين في الخواف الاجتماعي وحول توقع حدوث أضرار بالغة للجسم أو العقل في نوبات الفزع ..... مثلا) . ومع أن بداية ظهور الأفكار في التوجس قد تحدث بصورة تلقائية إلا أن استمرارها يتطلب قدرا من التركيز عليها. ويقترح ويلز Wells (1995) أن هناك نمطين من التوجس : النمط الأول يدور حول الحوادث الخارجية والحوادث الداخلية غير الاستعرافية، والنمط الثاني هو التوجس حول التوجس(Meta-worry)(ما وراء التوجس) وهو التقويم السلبي لنشاطات الفرد الاستعرافية وبالذات حدوث التوجس نفسه . ومن الأمثلة على ذلك (سوف يصيبني التوجس بالجنون) ، (لا أستطيع التحكم في التوجس) أو (التوجس شيء غير طبيعي) وتبعا لويلز فإن الزيادة في حدوث التوجس حول التوجس هي التي تفرق بين المصابين بالقلق وبين العاديين .

ويعاني مريض القلق العام من تنافر استعرافي (cognitive dissonance) يتمثل في تمسكه باعتقادات إيجابية حول التوجس(التوجس يساعد في مجابهة المشكلات التي قد تحدث مستقبلا ؛ التوجس يساعدني في منع حدوث بعض الأشياء غير المرغوب فيها؛ التوجس يساعدني في إنجاز ما أنا بصدد القيام به) وباعتقادات سلبية حول التوجس. عندما تنشأ الاعتقادات السلبية حول التوجس يبدأ الفرد في تقويمه بطريقة

سلبية(التوجس حول التوجس) وعندئذ يحاول الفرد التحكم في التوجس . وهكذا يتحول التوجس العادي إلى مشكلة .

عندما تتكون هذه الاعتقادات السلبية حول التوجس ويبدأ الفرد في ممارسة التوجس حول التوجس يجد الفرد نفسه مدفوعاً لتفادى ما يعتقد أنه عواقب سلبية للتوجس ويحاول كبح (suppressing) أو تفادى التوجس ولكن تجاهل التوجس بالمرة أمر مكلف بالنسبة لمريض القلق العام لأن ذلك يمثل مصدر تهديد بالنسبة له لتناقضه مع اعتقاداته الايجابية حول التوجس . وهكذا يميل مريض القلق العام إلى ممارسة التوجس كاستراتيجية مجابهة (coping strategy) كما ذكر في الأمثلة السابقة للتوجس (يقلل من احتمال حدوث المشكلات مثلا) ولكن قيامه بذلك ينشط المخاوف حول عملية التوجس نفسها. أفضل استراتيجية هي محاولة تفادى الحاجة إلى التوجس في المقام الأول من خلال تجنب المواقف المثيرة للقلق ولكن نظراً لاستحالة ذلك في الغالب نظراً لكثرة هذه المواقف يستخدم مريض القلق العام سلوكيات وقائية لإحباط الحاجة إلى التوجس مثل البحث عن التطمين (reassurance) وتشتت الانتباه (distraction) ومحاولة التحكم (منع) حدوث الأفكار . وهكذا فإن المشكلة لدى مريض القلق العام تكمن في التوجس حول التوجس وفي الاستخدام الزائد للتوجس كاستراتيجية لتفادي أنواع أخرى من الأفكار التي تثير الوجدانات السلبية أو لتفادى القيام بمهمة صعبة يجب على الفرد إنجازها. وتبعاً لهذا النموذج يكون هدف العلاج الأساسي هو تغيير الأفكار غير الفعالة حول القلق وليس التركيز على تدريب المريض على التحكم في التوجس وفي أعراضه كما هو الحال في الكثير من المحاولات الخاصة بعلاج القلق العام (Wells & Butler, 1997, PP. 166 - 174) .

وعلى الرغم مما يبدو على هذا النموذج الاستعرافي العام من تماسك وانسجام مع بعض الدراسات التي سبقته في هذا المجال فإنه في حاجة إلى المزيد من البحث للتأكد من مدى قدرته على تمييز مرضى القلق العام عن غيرهم ومساهمته في إيجاد التدخلات الناجحة للتعامل مع هذا الاضطراب .

وتجدر الإشارة إلى أن أليس قد تطرق وشدد على أهمية (القلق حول القلق) في مناسبات متعددة. فقد أشار إلى أن لدى بعض المرضى مشكلة مزدوجة: الأولى هي الاضطراب نفسه والثانية هي إصرار المريض على أنه يجب ألا يعاني من هذا الاضطراب . فمريض القلق يشعر بعدم الارتياح من أعراض القلق نفسها بالإضافة إلى الضيق الشديد الذي يشعر به لأنه يعاني من القلق (يجب أن لا أحس بالقلق) أو بمعنى آخر اضطراب ثانوي حول الاضطراب الأول (Ellis,1996)، ولكنه لم يحاول وضعه على شكل نموذج متماسك كما هو الحال مع ويلز وبتلر .

العلاج الاستعرافي السلوكي للقلق العام

في العلاج الاستعرافي السلوكي التقليدي للقلق العام يتم تدريب المريض على كيفية التعرف على الأفكار القلقة وعلى إيجاد بدائل فعالة لها والقيام بتجارب سلوكية لتفحص هذه الأفكار. ويستعان عادة بسجل الأفكار وبجدول النشاطات لتحديد الأفكار وتطوير بدائل إيجابية لها ، يشجع المريض فيما بعد على تفحصها من خلال القيام ببعض المهام السلوكية (Butler et al, 1991).

ولكن التطورات الحديثة في النموذج الاستعرافي للقلق العام أضافت بعداً جديداً للعلاج الاستعرافي السلوكي للقلق . فاضطراب القلق العام تبعاً للنموذج الاستعرافي الحديث يتصف بنشاط استعرافي يدور حول الاستعراف نفسه أو بشكل أدق التوجس حول التوجس على اعتبار أن التوجس من أهم مكونات القلق العام ومن أمثلة التوجس حول التوجس (كما أشير إلى ذلك في النموذج الاستعرافي للقلق العام): (سوف أصاب بالجنون من كثرة توجسي) ، (لا أستطيع التحكم في توجسي) ،(التوجس سلوك غير طبيعي) ، و(التوجس يؤدي إلى حدوث الأشياء السيئة)(Wells & Butler,1997) (أمثلة للتقويم السلبي للتوجس من قبل المريض) . وهنالك أيضاً

أمثلة على التقـــــويم الإيجابي للتوجس مثل : (التوقف عن التوجس يزيـــد من احتمال حدوث ما أخشاه) ، (التوجس يجعلني أكثر قـــدرة علـــى معرفـــة مصادر الخطر وأخذ الحيطة له قبل حدوثه) و (إذا لم أتوجس فقد أنســـى مـــا يجب علي عمله) وبناء على ذلك فقد يتطلب علاج القلق العام وبالذات في حالة عدم حدوث تحسن في التعامل مع هذه الأفكار حول التوجس ، (يسميه البعض: توجس نمـــط ٢ Type 2 Worry) (Wills & Sanders, 1997) ، بالإضافة إلى التعامل مع التوجس حول الحوادث الخارجية والداخلية (يســـميه البعض : توجس نمط ١ Type 1 Worry) غير الاستعرافية مثل : (الحوادث الاجتماعية والصحة والتوقعات السلبية حول هذه الأمور) (Wells & Butler, 1997) وما يصاحب ذلك من السلوكيات التجنبية وكثرة الإلحـــاح للحصـــول على التطمين الذي يمارسه مرضى القلق العام ومع مشكلة محاولة التحكم فـــي الأفكار الذي ينتج عن التقويم السلبي لها .

ويتطلب التعامل مع هذه الجوانب المتعددة لاضطراب القلق العام بصورة عامة استخدام(١) التقويم في العلاج الاستعرافي السلوكي (٢) سجل الأفكـــار التلقائية والأسئلة السوقراطية والاكتشاف الموجه (٣) التجارب السلوكية وحـــل المشكلات و(٤) الفنيات الخاصة بالمخطوطة عند الحاجـــة . وهنـــاك بعـــض الجوانب التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار من قبل المعالج لتســـهيل العمليـــة العلاجية مع مرضى القلق العام :

<u>التعامل مع إلحاح المريض على الحصول على التطمين :</u>

يشرح المعالج للمريض دور التطمين في استمرار المشكلة وأن التخلـــي عن طلبها أمر ضروري للتحسن . ويتبع ذلك إشعار المريض بـــأن المعـــالج سوف يلفت نظره كلما لاحظ رغبته في الحصول على التطمين وأنه لن يحـــاول تطمينه .

كما يطلب المعالج من المريض مراقبة سلوكياته المتعلقـــة بمحـــاولات الحصول على التطمين ومن ثم محاولة التقليل منها. على سبيل المثال : طلـــب

من مريض قلق عام تحديد سلوكياته الهادفة إلى الحصول على التطمين وتمكن من تحديد (ضمن سلوكيات أخرى) : ١-يطلب من المقربين منه طمأنته على حاله و٢- تكرار قراءة الكتب الخاصة بالقلق . ولمساعدته على تفحص أفكاره حول عواقب التخلي عن هذه السلوكيات (كان يعتقد أن مستوى القلق سوف يرتفع لديه) طلب منه المعالج: القيام بتجربة سلوكية تشتمل على تخليه عن تكرار قراءة الكتب الخاصة بالقلق ومقاومة طلب التطمين من المقربين له . ثم سأله بعد القيام بذلك عما حدث له وذكر أن الأمر لم يكن صعبا: أي أن مستوى قلقه لم يرتفع كما كان يتوقع .

<u>التعامل مع مشكلة اقتحام الأفكار (عدم القدرة على التحكم) :</u>

يعاني مريض القلق العام من بعض الأفكار أو الخيالات التي تقتحم ذهنه ويجد نفسه عاجزا عن التخلي عنها من خلال محاولة طردها من ذهنه ويفيد هنا استخدام فنية عدم مقاومة الأفكار (أنظر الأثر العكسي لطرد اللأفكار في الباب الأول) . المثال التالي يوضح كيفية استخدام هذه الفنية مع مريض (يتخيل نفسه وحيدا في قسم الطب النفسي فاقدا لعقله) (من الممكن استبدال هذه الصورة بأي فكرة أو خيال يقتحم ذهن المريض) :

المعالج : جابر ، سوف أحاول القيام بتجربة لتفحص الفكرة (ليس لدي قدرة على التحكم في أفكاري) . بعد لحظة سأطلب منك القيام بمهمة محددة . أرجو أن تستمع لما أقول وتقوم به ، هل ما قلته واضح ؟

المريض : نعم .

المعالج : أريد منك ، خلال الدقيقتين القادمتين أن تفكر في أي شيء ما عدا <u>حمل أبيض</u> . حاول أن لا تفكر بالمرة في الحمل الأبيض ، أبعده عن ذهنك ، أرجو أن لا تكون تفكر الآن في هذا الحمل الأبيض لأن المطلوب محاولة طرده من ذهنك . جابر..... ما الذي كان يدور في ذهنك حينما كنت أتكلم ؟

المريض : حمل أبيض .

المعالج : ما الذي حصل لصورة الحمل الأبيض عندما حاولت

إبعادها عن ذهنك ؟

المريض : زاد تكرار ظهورها في ذهني .

المعالج : هل حاولت بقدر ما تستطيع عدم التفكير فيه ؟

المريض : نعم ولكن كان من الصعب التخلص منه .

المعالج : ما الذي يعنيه ذلك ؟

المريض : لست متأكدا .

المعالج : حسنا ، دعنا نحاول القيام بتجربة أخرى . أريد منك أن تحاول إبقاء صورة الحمل الأبيض في ذهنك ، حاول الاحتفاظ بها لأطول وقت ممكن .

جابر : هل كان من السهل الاحتفاظ بالصورة في ذهنك ؟

المريض : لا . لم يكن الأمر سهلا ، استمرت الصورة في الاختفاء عن ذهني .

المعالج : وما الذي يعنيه ذلك ؟

المريض : لا أعرف .

المعالج : حسنا ، دعنا نلخص ما حدث في التجربتين . في التجربة الأولى : كلما حاولت عدم التفكير في الحمل الأبيض كلما زاد تكرار ظهوره في ذهنك، ، هل هذا صحيح ؟

المريض : نعم .

المعالج : يبدو أن هناك شبه بين ما حدث وبين محاولتك مقاومة رؤية نفسك وحيدا في قسم الطب النفسي ، تحاول طردها من ذهنك وتعود مرة أخرى ، هل هذا صحيح ؟

المريض : نعم .

المعالج : في التجربة الثانية، كانت الفكرة (الصورة)تختفي كلما حاولت إبقاءها في ذهنك ؟

المريض : هذا صحيح .

المعالج : هل تساعد هذه الطريقة على التحكم في الأفكار ؟

المريض : اعتقد ذلك .

المعالج : وما الذي سيحدث لو أنك بدلا من محاولة طرد- تخيل نفسك وحيدا في قسم الطب النفسي فاقدا لعقلك ، تحاول الاحتفاظ بهذه الصورة؟

المريض : ربما تختفي . ولكنني أتضايق من هذه الخيالات ، وقد أتضايق أكثر إذا حاولت الاحتفاظ بها عمدا .

المعالج : كيف يحدث ذلك ؟

المريض : سوف يزيد مستوى قلقي إذا ما ركزت على هذه الصورة ، وتصبح خارجة عن نطاق تحكمي تماما .

المعالج : هناك افتراض آخر . إذا اتفقنا على أن محاولة إبعاد الفكرة (الخيال) عن ذهنك يجعل ظهورها يتكرر في ذهنك وأن الفكرة وما تعنيه بالنسبة لك تستثير القلق لديك ، فمن الممكن القول أن اختفاء الفكرة يتبع باختفاء القلق أيضا .

المريض : لست متأكدا .

المعالج : ما رأيك في أن نجرب الآتي : تقوم باستدعاء إحدى الصور وتحاول الاحتفاظ بها في ذهنك وتلاحظ ما يحدث بعد ذلك ؟

المريض : حسنا . في الأمر صعوبة ولكنني سأقوم به طالما أنني في المكان المناسب لو فقدت عقلي .

وبشيء من التشجيع قام المريض بالمطلوب وكان له أثر جيد يفيد في تقويمه للمشكلة . ذكر المريض أنه شعر في البداية، عندما حاول التركيز على الفكرة ، وكأنه يفقد السيطرة على ذهنه. ولكن مستوى القلق انخفض بدلا من أن يزيد كما كان المريض يتوقع. ثم استمر في ممارسة هذه الفنية خارج الجلسات وقد اختفت الخيالات التي كانت تقتحم ذهنه بعد ثلاثة أسابيع (Blackburn & Twaddle, 1996) .

كما يمكن الاستفادة من فنية تحديد المسؤولية (أنظر الفنيات المستخدمة لاستبدال المخطوطة في الباب الثاني) ليكتشف المريض أن توقعاته السلبية لا تصدق دائما . ومن الممكن التعامل مع الاعتقادات التي تدور حول كون

التوجس يساعد بشكل أو بآخر على الحيلولة دون حدوث ما يخشاه المريض ، من خلال تدريب المريض على التخلي عن التوجس بالتدريج لساعات محددة ثم أيام ، وهكذا ليكتشف بنفسه أن التوجس غير ضروري لمنع حدوث ما يخشاه . ولتفادي الوقوع في مشكلة الأثر العكسي لمحاولة طرد الأفكار (يطلب من المريض (بالإضافة إلى فنية جلب الأفكار التي وردت في المثال السابق)، في حالة ظهور أفكار غير مرغوبة عدم محاولة طرد الفكرة وإنما محاولة مراقبتها دون تدخل منه (Disconnected Mindfulness) . <u>الهدف هنا هو محاولة التحكم في الاستجابة للفكرة وليس</u> <u>التحكم في الفكرة نفسها</u> (Wells & Butler,1997;Wells & Matthews,1994; Schwartz,1996) .

ومن الممكن أيضا في حالة عدم حدوث تحسن أو في حالة البطء في حدوثه، استكشاف ما إذا كان هناك مخطوطة تكونت من خبرات المريض السابقة وتطور فيها افتراضات مثل (إذا لم أتوجس فسوف أتعرض للأذى) أو (يجب أن أكون قادرا على التحكم في أفكاري) الذي قد ينتج عن وجود مخطوطة(اعتقاد أساسي) (أنا ضعيف وغير قادر على المقاومة) التي قد تنشأ نتيجة لوجود المريض، عندما كان طفلا، في بيئة تعاقب من يتخلى عن الحذر الدائم أو لتعرضه لخبرات تشجع على الاعتمادية. ومن ثم محاولة جعل المريض يدرك كيف تطور هذا الافتراض ويناقش المعالج معه مدى ملائمة التمسك به في الوقت الحاضر (أنظر الفنيات الخاصة باستبدال المخطوطة) (Padesky, 1994; Blackburn & Twaddle, 1996) .

ويساعد قيام المريض، بالتدريج، بممارسة السلوكيات التي تعود على تجنبها على تعديل التوجس حول التوجس وتعديل الاعتقادات غير الفعالة لدى المريض . وتبين الدراسات الحديثة في هذا المجال أن مرضى القلق العام يتجنبون مصادر التهديد الخارجية وكذلك الإثارة الانفعالية في محاولة منهم لتفادي تنشيط التوجس . وتشمل هذه السلوكيات التجنبية: تجنب طلب استخدام الهاتف من الآخرين،تجنب الاحتكاك بالمرضى ، أو الدخول في مناقشة

مواضيع معينة . لذا يتطلب العلاج محاولة تشجيع المريض على ممارسة السلوكيات التي يتجنبها حيث أن التجنب لا يتيح له فرصة اكتشاف عدم دقة اعتقاداته غير الفعالة وبالتالي استمراره في التمسك بها (Wells & Butler,1997).

ومن الممكن استخدام الاسترخاء كإجراء مساعد حيث أنه قد يقوي شعور المريض بقدرته على التحكم في الأعراض التي يشكو منها كما أنه قد يسهل عملية استرجاع المعلومات الإيجابية من الذاكرة التي تساعد المريض في عملية إيجاد أفكار بديلة فعالة للأفكار السلبية المتعلقة بالخطر (Clark, 1991).

الفصل الرابع عشر: النموذج والخطة العلاجية الاستعرافية السلوكية لاضطراب الفزع
Panic Disorder

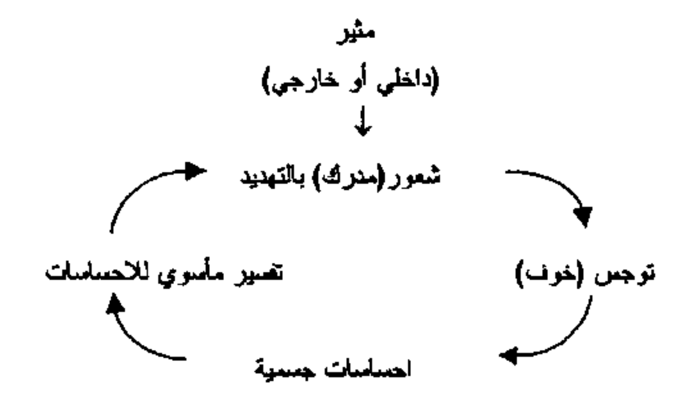
النموذج الاستعرافي السلوكي لاضطراب الفزع

للنموذج الاستعرافي لاضطراب الفزع أهمية كبيرة في تفهم وعلاج نوبات الفزع وكذلك في تطور النماذج الاستعرافية الأخرى لاضطرابات القلق بصورة عامة . ويمكن القول بأن التفسير الاستعرافي (النموذج) للفزع وعلاجه هو الأكثر قبولا بين المنظرين والمعالجين لهذه الظاهرة قياسا على التفسيرات النفسية الأخرى والتفسيرات البيولوجية الموجودة في وقتنا الحاضر (Rachman, 1997) .

وهناك شبه اجماع بين المعرفيين السلوكيين المهتمين باضطراب الفزع على اعتبار النموذج الاستعرافي لاضطراب الفزع الذي طوره كلارك Clark (1988) والذي أظهرت نتائج العديد من الدراسات في هذا المجال فعاليته في علاج الفزع النموذج الأمثل وفقا للمنظور الاستعرافي السلوكي. ويمكن تلخيص هذه النموذج على النحو التالي : (يعاني الناس من نوبات الفزع المتكررة لأن لديهم ميل دائم نسبيا لتفسير احساسات جسمية معينة بشكل مأسوي . وهذه الاحساسات التي يساء تفسيرها هي أساسا الاستجابات المرتبطة بالقلق العادي (على سبيل المثال الخفقان ، ضيق التنفس ، الشعور بالدوخة (دوار) والإحساس بالتنميل) و بعض الاحساسات الأخرى . وتنطوي هذه التفسيرات المأسوية على إدراك أن هذه الاحساسات أكثر خطرا مما هي عليه فعلا وخصوصا اعتبار هذه الاحساسات مؤشرا عل قرب حدوث معضلة جسمية أو عقلية: ومن ذلك على سبيل المثال ، اعتبار الإحساس البسيط بصعوبة في التنفس دليلا على أن عملية التنفس ستتوقف وأن المريض سوف يموت نتيجة لذلك ؛ اعتبار الإحساس بالنبضات في الجبهة دليلا عل حدوث

نزيف في المخ أو اعتبار الإحساس بالارتعاش دليلا على أن المريض سوف يفقد قدرته على التحكم في نفسه ويصاب بالجنون في الحال. ولعل العبارة التي استخدمها بك كعنوان لفصل في أحد كتبه (جرس الإنذار أسوأ من الحريق نفسه) والذي ناقش فيه نوبات الفزع والحلقة المفرغة التي يقع فيها المريض توضح فعلا الخطأ الاستعرافي الذي يؤدي بالمريض إلى نوبات الفزع (Alford & Beck, 1997, P. 122).

والمقصود بالحلقة المفرغة هنا الحوادث المرتبطة التي يعتبر كل منها وقودا للأخر مما يؤدى إلى استمرارها وتفاقمها. وغالبا ما تتعاقب هذه الحوادث (على شكل حلقة مفرغة يقع فيها مريض اضطراب الفزع) على النحو الذي يوضحه الشكل التالي :



وكما هو موضح في الشكل مثير داخلي (احساسات جسمية ، أفكار ، خيالات) أو مثير خارجي (التواجد في سوق مركزي بالنسبة للمريض الذي يعاني من الخوف من الأماكن المفتوحة (agoraphobic) يدرك على أنه مؤشر لخطر قادم ويؤدي هذا التفسير إلى ظهور حالة من التوجس (الخوف) مرتبطة بعدد من التغييرات الجسمية المختلفة . تفسر هذه الأحاسيس (الناتجة

عن القلق) بشكل مأسوي (الإصابة بالجنون ، الموت أو فقدان التحكم) مما يزيد من درجة التوجس (الخوف) الذي يؤدي بدوره إلى زيادة الاحساسات الجسمية ويقود ذلك كله المريض إلى الوقوع في الحلقة المفرغة التي تحدث في نوبات الفزع (Clark, 1996, PP. 124 - 5). ومع أن الأعراض الجسمية (الاحساسات) التي يشعر بها المريض هي التي تثير نوبة الفزع لديه فان المرضى الذين يعانون من هذا الاضطراب يجدون صعوبة في إدراك ما يحدث . ويرجع ذلك، تبعا للتفسير الاستعرافي ، إلى كون المثيرات التي يخافها المريض (الاحساسات الجسمية) تكون فيما بعد جزء من رد فعل الخوف الذي يظهره المريض بعد إحساسه بما يحدث داخل جسمه الأمر الذي يجعله (المريض) يعتقد بأن الفزع يحدث بصورة تلقائية (Rapee, 1996, P. 78) .

العلاج الاستعرافي السلوكي لاضطراب الفزع

كما هو الحال مع الاضطرابات النفسية الأخرى يعتمد علاج اضطراب الفزع على النموذج الاستعرافي الخاص به. وقد قدم كلارك (Clark,1997) وصفا محددا للخطوات العلاجية لهذا الاضطراب على النحو التالي :

أ / التقويم الاستعرافي السلوكي لتحديد المشكلة والظروف المتعلقة بها والمثيرات التي تسبق النوبة مباشرة : تغيرات جسمية بسيطة ناتجة عن الاستثارة أو الغضب، أو بسبب إحساس الفرد بأن(الدنيا تتحرك)، التمارين الرياضية (الخفقان وضيق التنفس) ، الشعور بالدوار نتيجة للوقوف على الأقدام بسرعة بعد الجلوس أو الإكثار من القهوة (خفقان) .

ويفيد هنا العديد من الفنيات الاستعرافية التي تهدف إلى مساعدة المريض في إدراك التناقض بين ما يحدث له وبين اعتقاداته السلبية . على سبيل المثال قد يرن جرس التليفون في الوقت الذي يعتقد فيه المريض أنه سوف يصاب بنوبة قلبية لاحساسه بالخفقان وضيق في التنفس والصدر فتختفي هذه الأعراض بمجرد قيام المريض بالرد على التليفون لأن قيامه بذلك عزله عن

اعتقاداته السلبية مما أدى إلى انحسار أعراض الفزع . توجيه أسئلة للمريض مثل (هل تعتقد أن الرد على التليفون علاج كافي للنوبات القلبية ؟) و (إذا لم يكن الرد على التليفون هو الذي أوقف النوبة القلبية فما الذي فعل ذلك ؟) تساعد المريض على فهم أهمية ما حدث وبالتالي إدراك أن ما يحدث له ناتج عن تفسيره السلبي للأحاسيس الجسمية التي تحدث له وليس بسبب إصابته بنوبة قلبية .

كما تفيد عملية تثقيف المريض حول الظروف التي يحدث فيها الإغماء لمساعدته في إعادة تفسير الأحاسيس التي يشعر بها بين الحين والآخر من خلال تلطيف الصورة المخيفة لأعراض القلق وشرح وظيفته الطبيعية في مساعدة الفرد على التكيف . وبإمكان المعالج في هذا الخصوص أن يشير مثلا إلى أن مشكلة المريض تكمن في الخوف من الأعراض التي يشعر بها : في النظر إليها كشيء يهدد الصحة النفسية أو الصحة الجسمية (يفسر المريض ما يعتريه من احساسات جسمية في اضطراب الفزع تفسيرا غير دقيق فيزيد القلق وتزداد الاحساسات ثم يصاب بالفزع ؛ يشعر بالقلق في المواقف الاجتماعية فيقلق حول القلق فيزداد القلق فيحدث الارتباك وهكذا) وما يحدث هنا (هو أن المريض يتعامل مع القلق كعدو له) . ولوضع القلق في مكانه الطبيعي يوضح المعالج للمريض أن القلق عبارة عن طاقة منحها الله للإنسان لكي تساعده على الهرب من مواقف الخطر الحقيقية وتساعده على حل المشكلات التي تعترضه وأن الجسم يوقف القلق عندما يحس بانتهاء الحاجة إليه . ومن المعروف أن معظم الناس ينجز ما هو بصدده القيام به بنجاح عندما يكون قلقا كما يحدث في: إلقاء حديث أمام عدد كبير من الناس ؛ أداء الامتحانات ، وبقية الأعمال التي تنجز بحضور الآخرين . وعلاوة على ذلك فإن الكثير من الناس يدفع النقود لكي يقلق : مشاهدة الأفلام المثيرة ، ممارسة أو مشاهدة أنواع الرياضة الخطرة مثلا وبعضهم يدمن على ذلك . المشكلة إذن تكمن في الطريقة التي نفسر بها القلق وليس في القلق نفسه . وعلى هذا الأساس فإن السر في التغلب على اضطرابات القلق (الفزع ، الخوف الاجتماعي والقلق

البسيط والوساوس القهرية) هو أن : ١)- نتقبل القلق و٢- نراقبه عن بعد وننظر إليه كشيء ضروري لمجابهة صعوبات الحياة ونستغله لتحقيق ذلك وهذه النقاط هي التي يقوم العلاج الاستعرافي السلوكي بمساعدة المريض على إدراكها (Cotterell,1997) . كما يوصى هنا باستخدام المثال الذي ورد في الجزء الخاص بالإغماء وكيفية حدوثه في فصل الأسئلة السوقراطية والاكتشاف الموجه .

وبالنسبة للمرضى الذين يشتكون من وجود ألم في الجانب الأيسر من أجسامهم ويعتبرون ذلك دليلا على إصابتهم بمشكلات في القلب فمن الممكن التطرق للأدلة التي تشير إلى أن الشكاوي من آلام في الجنب الأيسر تنتشر لدى المصابين بالقلق دون أمراض قلبية أكثر منها لدى الذين عانوا فعلا من احتشاء عضلة القلب أو من الذبحة الصدرية .

وغالبا ما يصاحب نوبة الفزع تخيلات حول ما يخاف المريض من حدوثه مثل الإغماء أو الموت أو فقدان العقل (الجنون) . ومن الممكن معاملة هذه الخيالات كما تعامل الأفكار السلبية (سوف يغمى علي) . وقد يكون من الضروري أحيانا التدخل مباشرة لتخفيف حدة هذه التخيلات وبالذات تلك التي تتكرر على شاكلة واحدة . على سبيل المثال من الممكن تشجيع المريض ، الذي يتخيل نفسه ملقى على الأرض بعد الإغماء ، على تخيل نفسه وهو يفيق ثم يقف على قدميه ويغادر المكان .

وبالإضافة إلى هذه الفنيات الاستعرافية والتثقيفية تساعد التجارب السلوكية على :

١- إثارة الإحساس الذي يخافه المريض لتظهر له الأسباب الممكنة لأعراضه والتي لا تنسجم مع اعتقاداته .

٢- إيقاف سلوكيات الأمان (Safety behaviors) لمساعدة المريض على إدراك عدم دقة اعتقاداته السلبية حول عواقب ما يحس به .

ومن الأساليب المألوفة التي تستخدم لإثارة الأحاسيس التي يخافها

المريض :

١- التركيز على أعضاء الجسم ذات العلاقة .

٢- قراءة أزواج من الكلمات التي تمثل الأحاسيس والعواقب المأساوية التي يتوقع المريض حدوثها قراءة متمعنة (الخفقان - الموت ، صعوبة التنفس - الاختناق، الخدر - السكتة الدماغية ، تسارع الأفكار - الجنون) وجعل المريض يتنفس بالطريقة التي يمارسها خلال نوبات الفزع (أنظر التجارب السلوكية في الباب الثاني) . أما بالنسبة للمرضى الذين يعتقدون أن شعورهم بالدوار الذي يصاحب نوبات الفزع مؤشر على أنهم قد يتعرضون للإغماء فيفضل (الى جانب المثال الخاص بالاغماء كما أشير الى ذلك) أن يقوم المعالج بتشجيعهم على التخلي عن سلوكيات الأمان التي يمارسونها لمنع حدوث الإغماء (كما يتصورون) مثل : عدم مسك أو الاتكاء على أشياء ثابتة أو عدم شد عضلات الساق عندما يتصورون أنهم سوف يصابون بالاغماء. ويشجع المرضى الذين يتجنبون التمارين الرياضية لاعتقادهم بأن لديهم مشكلات قلبية على ممارسة التمارين وبالذات عندما تظهر لديهم الأحاسيس . وعادة ما يطلب المعالج قيام المريض بهذه الإجراءات في جلسات العلاج ثم يطلب منه القيام كواجبات منزلية.

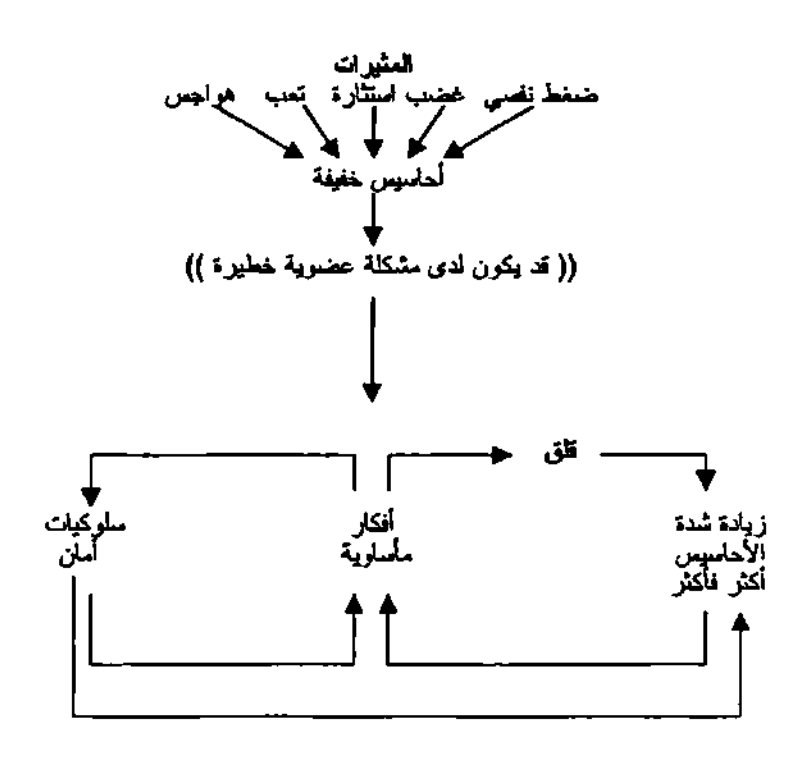
وغالبا ما تطبق هذه الفنيات الاستعرافية السلوكية في ما بين ٤-١٢ جلسة مع مرضى نوبات الفزع وبنجاح قد يصل إلى ٩٠% كما يشير إلى ذلك عدد من الدراسات في هذا المجال . وقد طبقها كلارك Clark (1996) في جلستين فقط على النحو التالي: كان المريض رجل (٤٠ عام) يعاني من نوبات الفزع منذ عام ونصف ويتعرض لثلاث نوبات فزع في الأسبوع تقريبا . كانت الأفكار الرئيسية لديه خلال نوبات الفزع (سوف أصاب بنوبة قلبية (درجة التصديق:١٠٠%) ، سوف أصاب بسكتة دماغية (١٠٠%)، سوف أموت (١٠٠%) ، سوف أتعرض للإغماء (٥٠%) وسوف أفقد عقلي (٤٠%). وكانت أهم الأحاسيس التي تخيفه : الخفقان ، ضيق وثقل في الصدر، عدم وضوح الرؤية ، جفاف الحلق ، الدوار ، وخزات في الأصابع ،

وضيق في التنفس والشعور بأنه يعيش في حلم (Unreality) . وكان يمارس مراقبة قلبه (ليرى ما إذا كان يخفق ببطء أو بسرعة) ، تشتيت أفكاره ، تناول الباراسيتمول، أخذ نفس عميق والانسحاب من الوضع الذي هو فيه كسلوكيات أمان خلال نوبات الفزع . وكان يتجنب الجنس والتمارين الرياضية خوفا من تعرضه لنوبات الفزع . بدأت الجلسة الأولى (أربع ساعات) تخللتها فترة لتناول القهوة باستعراض آخر نوبة فزع تعرض لها المريض وتوضيح الحلقة المفرغة التي يقع فيها من يصاب بنوبات الفزع (القلق يؤدي إلى الأعراض ، الأعراض ترفع مستوى القلق ، أنظر النموذج الاستعرافي السلوكي لاضطراب الفزع). كانت الفكرة المسيطرة في هذه النوبة (سوف يتوقف قلبي ثم أموت) . ثم تم طرح الاحتمالين الممكنين لما يحدث (أعراض حقيقة مرضيه ، أم أعراض ناتجة عن أفكار المريض) . الاحتمال الذي يصدق به المريض (لدي مشكلة خطيرة في القلب وقد أموت فعلا خلال نوبة الفزع) . أما الاحتمال الثاني فكان: (إن المشكلة تكمن في اعتقاده بأنه سوف يصاب بنوبة قلبية). وكبداية لمحاولة التعرف على الاحتمال الصحيح من هذين الاحتمالين ، ركز المعالج على سلوكيات الأمان التي يمارسها المريض وطلب منه إعطاء رأيه في : كيف يمكن أن يوقف تشتيت الذهن وأخذ الباراسيتمول النوبة القلبية . أشار المريض إلى أن ذلك لن يوقف النوبة القلبية الحقيقية ولكنه طريقة جيدة لإبعاد الأفكار السلبية عنه وأن ذلك هو السبب الذي يجعله يستفيد من هذين الإجراءين خلال نوبات الفزع . وبعد ذلك شجع المريض على أن يتنفس بنفس الطريقة التي يتنفس بها خلال نوبات الفزع . وقد أصيب بشيء من الدهشة عندما لاحظ أن التنفس العميق الذي يلجأ إليه للتحكم في الأعراض هو في الحقيقة ما يسبب له الإحساس بالدوار والخفقان . ثم عرضت عليه نتائج دراسة توضح أن الوعي بالقلب ينتشر لدى مرضى اضطراب القلق لمساعدته على إدراك أن مراقبة القلب (سلوك أمان) قد يكون من الأسباب المسؤولة عن الأعراض التي تصيبه ويعتقد أنها دليلا على وجود مرض في قلبه . عند هذه المرحلة انخفضت درجة تصديق المريض بالاعتقاد (أن ما يعانيه خلال نوبات الفزع

مؤشرا على أنه أصيب بنوبة قلبية) من ١٠٠% إلى ٦٠% . ثم تم الاتفاق على أن تجنبه للتمارين الرياضية وممارسته لسلوكيات الأمان خلال نوبة الفزع أسباب رئيسية لاستمرار تصديقه بهذا الاعتقاد ، لأن هذه السلوكيات حرمته من فرصة اكتشاف ما إذا كان شعوره بصعوبة في التنفس وبآلام في الصدر التي يعاني منها سوف تؤدي فعلا إلى حدوث نوبة قلبية أم لا.

ثم اقترح عليه ممارسة التمارين الرياضية لإحداث ما يحس به في قلبه وعدم ممارسة أي من سلوكيات الأمان . وبعد ذلك قام المعالج والمريض بالمشي تارة وبالجري تارة (بالتناوب) في ملعب قريب من مكان الجلسات . في بداية التمرين كانت درجة تصديق المريض بأنه سوف يصاب بنوبة قلبية٥٠% ، انخفضت إلى ٣٥% في منتصف فترة التمرين ، وعند نهاية التمرين وبعد تمكن المريض من التخلي عن كل سلوكيات الأمان انخفضت درجة التصديق بالاعتقاد إلى ٥% . ثم عاد المعالج والمريض إلى المكتب ولخصا الأدلة التي تؤيد والتي تعارض التفسيرين (الاحتمالين) الممكنين للأعراض التي تحدث للمريض ودعما النموذج الاستعرافي باستعراض عدد من نوبات الفزع التي تحدث بدون سبب ظاهر (كما يبدو للمريض) وحددا مثيرات الأحاسيس التي تؤدي بشكل أو بآخر إلى هذه للنوبات . ثم توصلا إلى تصور للحلقة المفرغة التي توضح كيفية حدوث كل نوبات الفزع التي عانى منها المريض :

(ولتوضيح ذلك أنظر الشكل في الصفحة التالية)



تلي ذلك مناقشة ما تبقى من الأدلة المؤيدة للفكرة (سوف أصاب بالإغماء خلال نوبة الفزع). لم يسبق للمريض أن أصيب بالإغماء خلال نوبات الفزع والدليل الأساسي(بالنسبة له) على أنه قد يصاب بالإغماء هو الدوار الذي يشعر به خلال النوبات . أثبتت عملية التنفس التي قام بها المريض لإيضاح الطريقة التي يتنفس بها خلال النوبات أن طريقته في التنفس مسئولة

جزئيا عن شعوره بالدوار ، ثم نوقشت مع المريض فسيولوجية الإغماء (انظـر المثال في فصل الأسئلة السوقراطية والاكتشاف الموجه) .

ساهمت هذه المعلومة في خفض درجة تصديقه بأنه قد يصاب بالإغمـاء إلى صفر% .

واشتملت الواجـبات المنزلية التي أعطيت للمريـض على : الاسـتماع لشريط الجلسة وكتابة المهم من الملاحظات، برنامج تمارين يومي، وتعليمـات حول كيفية تغيير سلوكه إذا ما تعرض لنوبة من الآلام في الصـدر والـدوار والشعور بأن ما حوله غير حقيقي (كأنه في حلم) . لكي تبين له أن ليس فيمـا يحدث له خطورة: يجب عليه أن يتجنب التحكم في التنفس ، محاولـة تشـتيت انتباهه ،وترك الوضع الذي هو فيه . ذكر أنه في الغالب يحس بضربات قلبـه في أذنيه عندما يكون مستلقيا في فراشه . وقد طلب منه ، نظرا لأنه يتخذ مـن ذلك دليلا على وجود مشكلة في القلب لديه ، أن يسأل زوجته عما إذا كانت قد سمعت نبضات قلبها عندما تكون في أوضاع مشابهة للأوضاع التي يسمع بـها نبضات قلبه .

تمت الجلسة العلاجية الثانية (ساعة واحدة) بعد ثلاثة أسابيع من الجلسـة الأولى . وخلال هذه الفترة لم يتعرض المريض لأي نوبة فزع كاملـة (Full-blown) ، ولكنه تعرض لأعراض محدودة استغلها كفرصـة للتخلـي عـن سلوكيات الأمان واستكشاف عواقب الأحاسيس التـي يحسـها فـي جسـمه . انخفضت درجة تصديقه بأنه قد يصاب بنوبة قلبية خلال نوبات الفـزع إلـى ١٠% وسجل درجة منخفضة على أحد مقاييس الخوف من الأماكن المفتوحـة التي تركز على الأفكار المرتبطة بهذا الاضطراب. وكان بسـؤاله لزوجتـه حول سماعها لنبضات قلبها أثر علاجي جيد لأنها أبلغته بأنها كثيرا ما تشـعر بنبضات قلبها في الظروف التي يشعر هو بنبضات قلبه فيها . خصص معظـم وقت الجلسة للتعرف على الأدلة المتبقية التي تثير قلقه حول قلبه . أشار إلـى أنه كان يلاحظ ضيق في الصدر عندما يكون جاهزا للذهاب للفراش أو خـلال

لحظات الهدوء بعد إنجاز الكثير من الأعمال (مكالمات تليفونية ، مواعيد ، ... إلخ) . كان يرى ذلك مؤشرا على وجود مشكلة ما في قلبه لأنه يشـــعر بــهذا الضيق في الصدر حتى عندما يمارس أعمالا لا تتطلب ســوى اليســير مــن الجهد . وقد ساهمت أسئلة المعالج للمريض في جعله يدرك أنه طالما أنه مــن النادر أن لا يحس بالألم أثناء التمارين الرياضية أو الحوادث الضاغطة بقدر ما يحدث في أوقات الهدوء التي تتيح له الفرصة في التركيز على جسمه فإن ذلـك يدلل على عدم وجود مشكلة في القلب لديه وأن ما يحدث لا يعدو كون ضغوط العمل تؤثر على الجزء العلوي من جسمه ولكنه لا يستطيع ملاحظة ذلـــك إلا عندما يرتاح من العمل ويركز على جسمه . وبعد هذه المناقشة تقلصت درجــة تصديقه بأنه قد يصاب بنوبة قلبية خلال نوبات الفزع إلى صفر% . ويضيــف كلارك أن المريض لم يتعرض إلى أي نوبة فزع بعد ذلـــك (Clark,1996). وكما يعرف المشتغلون في هذا المجال لابد وأن يتأكد المعالج من أن المريــض لا يعاني من أمراض جسمية تكون هي السبب فيما يعانيه أعراض أو تجعلـــه غير قــادر على تطبيق التجارب السلوكية التي تم ذكرها .

الفصل الخامس عشر: النموذج والخطة العلاجية الاستعرافية السلوكية لاضطراب للوساوس القهرية

النموذج الاستعرافي السلوكي لاضطراب الوساوس القهرية (OCD)Obsessive-Compulsive Disorder

يتكون اضطراب الوسواس القهري من وساوس (أفكار الشخص تقتحم ذهنه) أو أفعال قسرية يتصفان(الأفكار والأفعال) بـ ١) التكرارية (٢) صعوبة المقاومة-يجد الفرد صعوبة في مقاومتها (٣) الإفراط في الحدوث وعدم الملاءمة و(٤) تزعج وتعيق الفرد من خلال إضاعة وقته Andrews) ,1996,P.4)

تقتحم الوساوس (أفكار وخيالات) عقل الفرد وتحاصره وتقلقه ويجد نفسه عاجزا عن مقاومتها رغم كرهه الشديد لها . أما الأفعال القسرية فهي محاولات عقيمة للتخلص من القلق والمخاوف التي تسببها الوساوس . ومع أن الفرد يعتبر قيامه بهذه السلوكيات (غسل اليدين ، التأكد من القيام بشيء ما) تصرفا سخيفا وغير مبرر فإنه يجد نفسه عاجزا عن مقاومتها : تجعل هذه التصرفات الفرد يشعر براحة مؤقتة ولكنها تزيد من قوة الأفكار الوسواسية وتساعد على استمراريتها (Schwartz,1996).

ويرى المنظرون الاستعرافيون أن المشكلة في اضطراب الوساوس القهرية ليست في حدوث أفكار معينة أو في مدى قدرة الفرد على التحكم فيها لأن هذه الأفكار تحدث للشخص العادي كما تحدث للشخص المصاب باضطراب الوساوس القهرية . المشكلة من المنظور الاستعرافي تمكن في تقويم (تفسير) الفرد لهذه الأفكار . وما يحدث في الوساوس القهرية هو أن المريض يرى أن هذه الأفكار مؤشرا على احتمال كونه مسؤولا عن إلحاق الأذى بنفسه أو بغيره أو عن منع حدوث الأذى.

يرتكز النموذج الاستعرافي للوسواس القهري على الصلة بين الإحساس

بالمسؤولية (Responsibility) عن حدوث أو عدم حدوث شيء مـــا وبيـــن عملية التحييد (Neutralizing) التي يقوم بها المريض للتقليـــل مـــن درجـــة مسؤوليته عن ما هو بصدد التفكير فيه .

ويقصد بالمسؤولية هنا اعتقاد المريض بأنه قد يكون السبب في إلحـــاق الأذى بنفسه أو بالآخرين ما لم يقم بمحاولة تهدف إلى إزاحة هذه المســـؤولية عن كاهله . وعنصر المسؤولية مهم هنا في تعريف الوسواس القهري . فلـــو كانت إساءة فهم المريض للأفكار التي تلج ذهنه تدور حول تعرضه للتـــهديد أو للخطر لكان الاحتمال الأكبر هو أن يصاب بالقلق وليس بالوسواس القهري .

وعندما تحدث إساءة الفهم هذه من قبل المريض لنشاطاته العقلية يبدأ في إظهار استجابات سلوكية (أفعال قهرية ، تفادى الموقف ، البحث عن التطميـــن بحثا عن من يشاركه في المسؤولية ، أو محاولة إبعاد الأفكار عـــن ذهنـــه) . وتؤدي محاولات التحييد هذه ليس فقط إلى إطالة أمد القلق ولكنها تؤدي أيضـــا إلى استفحـــــــال الأفكار الوسواسية وبالتالي إلـــــى ردود فعـــل وجدانيـــة ، استعرافية وسلوكية غير متكيفة . فقد تعتقد مريضة أن حدوث فكرة (ســـوف أقتل طفلي) تعني أنها قد تقدم على هذا العمل ما لم تقم بشيء يمنعها من القيـــام بذلك مثل ؛ تفادى بقائها مع طفلها لوحدهما أو من خلال محاولة الحصول على التطمين من الآخرين أو التفكير بأفكار إيجابية بهدف إحداث عملية توازن مـــع الأفكار السلبية أو المحاولة الجادة في طرد هذه الأفكار عن ذهنـــها . ونتيجـــة لذلك تزداد الأفكار الوسواسية لأن محاولة منعها تزيد مـــن حدوثـــها (انظـــر الموضوع الخاص بالأثر العكسي لمحاولة طرد الأفكـــار فـــي البـــاب الأول). وتحول محاولات التحييد هذه بين المريض وبين اكتشاف أن الأشـــياء التـــي يخاف منها لن تحدث في الواقع (Salkovskis,1996).

العلاج الاستعرافي السلوكي للوساوس القهرية

تمهيد

لقد كان من الأمور التي يتفق عليها الكثير من المهتمين بالعلاج النفسي لمشكلة الأفكار الوسواسية أن هذا الاضطراب من النوع غير القابل للعلاج اللفظي. وينسحب ذلك حتى على المدارس السيكوديناميية التي قلما تعني بالتعامل مع أعراض الاضطرابات . ولربما كان السبب وراء ذلك أنه من العبث محاولة إقناع مريض الوساوس بأن أفكاره غير حقيقية طالما أنه هو يعتبرها كذلك. وكان لنجاح اسلوب التعرض ومنع الاستجابة دورا كبيرا في النظر إلي مشكلة الوساوس من منظور آخر . ومن الممكن اعتبار ملاحظة راكمان Rachman(1971) واقتراحه حول النظر إلى مشكلة الوساوس كاستجابات شرطية (مكيفة) واقتراح بك Beck (1976) أن الاستجابة الانفعالية في الوساوس تعتمد على التفسير السلبي للأفكار الوسواسية؛ حجر الأساس للطرح الاستعرافي السلوكي (النموذج) لاضطرابات الوسواس القهري(In: Salkoviskis,1996) .

ومن هذا المنطلق انبثق التفسير الاستعرافي السلوكي لمشكلة الوسواس الذي يمكن تلخيصه على النحو التالي:

١- تبدأ مشكلة الوسواس القهري من أفكار اقتحامية (Intrusive) عادية. وينحصر الفرق بين هذه الأفكار العادية وبين الأفكار المقتحمة الوسواسية في الطريقة التي يفسر بها المريض حدوث ومحتوى هذه الأفكار وليس في حدوثها أو في مدى التحكم فيها.

٢- يميل مريض الوسواس إلي النظر إلي هذه الأفكار كمؤشر لكونه مسؤول عن وقوع خطر محتمل لنفسه أو لغيره .

٣- يؤدى ذلك إلي زيادة الشعور بعدم الارتياح، القلق والاكتئاب.

٤- إلي تركيز أكثر على هذه الأفكار التي تقتحم ذهنه.

٥- يؤدى هذا النوع من التركيز إلى تيسر (سهولة) (Accessibility) ورود الأفكار الاقتحامية والأفكار المرتبطة بها إلي ذهن المريض .

٦- يقوم المريض بمحاولات نشطة (في الغالب تؤدى إلي نتائج عكسية) للحد من هذه الأفكار المقتحمة وخفض مستوى المسؤولية التي يشعر المريض بأنها مرتبطة بهذه الأفكار وتأتي هذه المحاولات علي شكل استجابات سلوكية واستعرافية (تحييد)(Salkovskis,1996) .

ويتم التعامل مع اضطراب الوساوس القهرية في العلاج الاستعرافي السلوكي باسلوبين مختلفين ؛ أحدهما يتناسب مع الأفعال والآخر مع الأفكار على النحو التالي :

أولا : علاج الأفعال القهرية

يستخدم المعالجون الاستعرافيون السلوكيون فنية التعرض ومنع الاستجابة في علاج الوساوس القهرية لأنها من الفنيات التي ثبتت فعاليتها بشكل كبير في التعامل مع الأفعال القهرية التي يعاني منها الكثير من مرضى الوساوس القهرية . ولكن هذا الاستخدام يتم في إطار استعرافي سلوكي . ومن ذلك أن المعالج الاستعرافي يولي اهتماما كبيرا للتعامل مع الأفكار والاعتقادات التي قد تمنع المريض من ممارسة أو الاستفادة من فنية التعرض ومنع الاستجابة وكذلك بالأفكار والاعتقادات التي تقلل من قدرة المريض تخفيف على درجة القلق أو الاكتئاب الذي يرافق الوساوس القهرية ، وذلك بالاعتماد على النموذج الاستعرافي السلوكي لهذا الاضطراب.

يفترض في النظرية الاستعرافية أن نجاح علاج الوسواس القهري مرتبط بمساعدة المريض علي تعديل الاعتقادات التي تؤدي إلى تفسير الأفكار التي تقتحم ذهن المريض بصورة غير سليمة . على سبيل المثال :

يساعد المعالج المريض الذي يكرر غسل يديه بشكل غير عادي ،علي تفحص النموذج الاستعرافي لمشكلته الذي يستبعد الصبغة التهديدية للأفكار التي تقتحم ذهنه: يساعده على استبدال فكرة (أنه تعرض للتلوث، بشكل أو بآخر، وأنه سوف ينقل المرض إلى شخص آخر) بفكرة أن (المشكلة تنحصر في خوفه من التلوث ومبالغته في أنه قد يتسبب في (ويكون مسؤولا) عن تعرضه أو تعرض غيره للأذى.

وهكذا يساعد المعالج المريض قبل الشروع في عملية التعرض في تحديد وتفحص ما يجول في خاطره من الأفكار التي تدفعه إلى القيام بالسلوكيات القهرية والأفكار التي قد تحد من قدرته على ممارسة التعرض ومنع الاستجابة والاستفادة منها، الأمر الذي يجعل المريض ينظر إلى عملية التوقف عن السلوك القهري كشيء يخلو من الخطر. (Salkovskis & Kirk,1997).

تقويم المشكلة : في العلاج الاستعرافي السلوكي ليس هناك فصل بين عملية التقويم والعلاج فكلاهما مكمل للآخر . فالمعالج يبدأ بتقويم المشكلة لتكوين تصور للمشكلة (صياغة المشكلة) وللفنيات اللازمة للتعامل معها مع الأخذ بعين الاعتبار أن هذا التصور قد يتغير إذا ما تم الحصول على معلومات جديدة تستوجب ذلك خلال العملية العلاجية(أنظر التقويم في العلاج الاستعرافي السلوكي في الباب الثاني). ولعل من الملائم هنا التأكيد على ضرورة التركيز على محاولات التحييد الاستعرافي (أفكار تصحيحية للأفكار الوسواسية) التي يمارسها مريض الوساوس القهرية وتشجيعه على التخلص منها؛ على سبيل المثال ؛ لدى المريض فكرة حول حدوث شيء غير مرغوب فيه إذا لم يمارس سلوكا معينا، فيتوقف عن ممارسة السلوك ويخفف من قلقه بأن يقول لنفسه: لن يحدث شيء غير سار لأنني نفذت ما طلبه المعالج مني (تحييد) (Salkovskis & Kirk,1991) . وتجدر الإشارة هنا إلى أن مرضى الوساوس القهرية لا يجدون صعوبة في إكمال سجل الأفكار الذي يعتبر من

الفنيات الأساسية في العلاج الاستعرافي السلوكي (أنظر الباب الثاني) لأنه يشبع حاجتهم لبلوغ الكمال والتيقن (Blackburn & Twaddle,1996).

التعرض ومنع الاستجابة : ويقصد بذلك التعرض المباشر للمثيرات التي يخافها المريض (بما في ذلك الأفكار– سوف يتم التعرض لذلك بشكل أوسع في الجزء الخاص بعلاج الأفكار الوسواسية في هذا الفصل) و منع الطقوس القهرية وتحييد السلوك الظاهر والباطن الذي يقوم به المريض عادة عند تعرضه لهذه المثيرات.

وقبل البدء في عملية التعرض ومنع الاستجابة يناقش المعالج مع المريض الهدف منه ويشجعه على طرح الاستفسارات أو الاعتراضات أو القلق إن وجد . ومن الممكن تهيئة المريض لعملية التعرض ومنع الاستجابة على النحو التالي:

في العادة يعاني الشخص من نوع من القلق في بداية تطبيق التعرض ومنع الاستجابة. وهذا في الحقيقة أمر مهم في العلاج لأن الناس تعتقد بأن القلق سوف يستمر حتى يتعذر تحمله ولكنهم يكتشفون في الواقع أن ما يحدث هو أن القلق في الغالب يتناقص بصورة غير متوقعة ، أحيانا يخف القلق خلال ٢٠ دقيقة وفي الغالب تتراوح الفترة ما بين نصف إلى ساعة على الأكثر . والأمر الأخر المهم هو أنك سوف تلاحظ أن فترة وشدة عدم الشعور بالراحة تقل بعد عملية التعرض لمرتين أو ثلاث ، وهذا أفضل دليل على أن العلاج يسير في الاتجاه الصحيح ، ومع مرور الوقت سوف تجد أن باستطاعتك التعرض لما تتفادى دون الشعور بأي نوع من عدم الارتياح .

يجب أن تناقش عملية التعرض والقلق وتخفيفه بأسلوب متعاطف ، ولكن يجب تجنب التأكيد للمريض بأن الأشياء التي يتفادى التعامل معها غير خطرة لان هذا شيء مستحيل ثم أنه عملية تحييد حيث يزول القلق لان المريض حصل على التطمين من المعالج. ويفضل أن يقوم المعالج بممارسة السلوك الذي يخافه المريض قبل أن يطلب من المريض ممارسته بهدف (١) توضيح السلوك المطلوب للمريض و (٢) تشجيع المريض على القيام به. ولكن يجب أن يتوقف المعالج عن النمذجة حالما يبدأ العلاج لأنها قد تصبح نوعا من التطمين . وقد تتم العملية على سبيل المثال على الشكل التالي :

مريض يخاف من المواد التي تستخدم من قبل الناس في حياتهم اليومية مثل مواد التنظيف التي يسمع أنها تسبب السرطان . يقوم المعالج بوضع كمية من الشامبو مثلا على يده وعلى وجهه ثم يطلب من المريض أن يضع كمية أقل على يده على ألا يغسل يديه لمدة معينة ويطلب منه تقدير درجة عدم الشعور بالراحة والرغبة في غسل اليدين بعد فترة معينة عدة مرات. وخلال هذه الفترة يشجع المريض ويلفت انتباهه إلى انخفاض درجة القلق وكذلك انخفاض درجة الرغبة في غسل اليدين لديه دون قيامه بأي محاولات لتحييد ما يجول بخاطره . و نفس الشيء مع المريض الذي يعاني من ممارسة التأكد من عمل ما قام به. ولكن يجب التركيز أكثر على ما يقوم به المريض نفسه . على سبيل المثال يقوم المعالج بتشغيل جهاز كهربائي (مكيف مثلا) لمدة معينة ثم يفصله ويترك الغرفة. ثم يطلب من المريض أن يقوم بذلك، دون أن يرى المعالج ما قام به المريض، ثم يغادر المكان لفترة معينة .

ويستحسن أن تتم مقابلة المريض في الأسبوعين الأولين مرتين أو ثلاث أسبوعيا . وتستغرق جلسات التعرض من ساعة إلى ساعة ونصف ، ولكن قد يكون من الضروري في هذه المرحلة تمديد الفترة إلى ثلاث ساعات . بصورة عامة من غير الملائم إنهاء الجلسة ، وقد بلغ قلق المريض ذروته . يجب أن تستمر في الجلسة حتى يخف قلق المريض ، وبعد أسبوعين تكون المقابلة كل أسبوع أو كل أسبوعين .

يطلب من المريض ممارسة السلوك في المنزل بعد أن يتدرب عليه مع المعالج، وفي كل جلسة وخلال القيام بالواجبات المنزلية لابد وأن يقيم المريض شعوره بعدم الارتياح ورغبته في التحييد ، ويقوم المعالج بمناقشة انخفاض درجة عدم الشعور بالراحة خلال الجلسات وكذلك ما بين الجلسات .

ومع تقدم العلاج يبدأ المريض مرحلة هامة من مراحل العلاج : الممارسة الذاتية للتعرض ومنع الاستجابة بهدف التوقف عن التجنب والتحييد . قد يكون من الصعب على المريض وكذلك على المعالج التعرف على هذه السلوكيات لذا ربما كان من المناسب الاستفادة من بعض الأسئلة، في تحديد هذه السلوكيات ، مثل (هل سأقوم بعمل هذا لو لم أكن أعاني من الوساوس ؟) – لتحديد سلوكيات التحييد والتجنب ، و (ما السلوكيات التي سوف أمارسها بالإضافة إلى ما أفعله الآن لو لم أكن أعاني من هذه المشكلة ؟ – لتحديد سلوكيات التجنب .

هناك قلق واضح لدى بعض المرضى وبالذات أولئك الذين يعانون من الرغبة في التأكد من عمل الأشياء (يقوم بعمل الشيء نفسه لعدد كبير من المرات) حول احتمال تسببهم في إلحاق الأذى بأنفسهم أو الآخرين . ولكي يخفف القلق حول هذا الاحتمال ، يطلب المريض تطمين المعالج له أو يقوم بتطبيق الواجب المنزلي حرفيا . وهذا نوع من التجنب يستلزم التعرض للمسؤولية مباشرة في البرنامج العلاجي بعد مناقشة دور التوجس حول المسؤولية. ومن ذلك أن يطلب من المريض ممارسة السلوك دون إعطاءه كل التفاصيل من قبل المعالج على سبيل المثال يطلب المعالج من المريض " أريد منك أن تضع خطة لواجبك المنزلي هذا الأسبوع ، يجب أن يكون واجبا عاديا، ولكنني لا أريد منك إعطائي تفصيلا لما ستقوم به ، أريد منك تقييم درجة عدم شعورك بالراحة كما هي العادة . المهم أن تضع الخطة بنفسك وتمارسها حتى تشعر بعدم الارتياح دون اللجوء إلى إعادة التأكد أو التجنب أو التحييد . لا تبلغ أي شخص بما فعلت قدر الإمكان ، في الجلسة القادمة سوف نناقش شعورك تجاه الواجب ولكنك سوف تكون مسؤولا عما تقوم به . والآن دون أن تخبرني أي شيء عن الموضوع الذي سوف تتجنب إعادة التأكد من أنك عملته ، هل بإمكانك ذكر الخطوط العريضة لواجبك هذا الأسبوع " .(Salkovskis & Kirk,1991)

والهدف من مثل هذه الإجراءات هو استبعاد عنصر التطمين من عملية

التعرض ومنع الاستجابة (التجربة السلوكيـــة) (لكي يتحقق الهدف منها) الذي يصعـــب أحيانا استبعاد أثره دون اتخاذ الإجراءات المناسبة من قبل المعـــالج كما يتضح في المثال التالي :

كان أحد مرضى الوسواس القهري يعاني من أفكار مزعجة حول مـــوت أقارب عزيزين عليه ثم يقوم بترديد أفكار أخرى والاتصال بأقاربـــه لإبطـــال مفعول الأفكار المخيفة وتخف درجة القلق لديه بصورة مؤقتة وتستمر المشكلة. فطلب منه المعالج بهدف، تعريضه للأفكار التي تخيفه وتحمل القلق دون ترديد أفكار أخرى (تحييد الأفكار المزعجة)، أن يتوقف عن تحييد الأفكـــار إذا مـــا هاجمته خلال الجلسة ،فقام المريض بذلك وذكر للمعالج أنه شعر بشيء قليـــل من القلق وعندما سأله المعالج حول عدم قلقه أجاب لأنني قمت بذلك بناء علـــى طلبك (جزء من العلاج) لذا فإن هذه الأفكار لن تحقق ولن يحدث لأقربـائي أي مكروه. فطلب منه المعالج أن يقوم بذلك كواجب منزلي (التوقـــــــــف عن محاولة تحييد الأفكار المختلفة) عندما تظهر ، وفعل المريـــض ذلك وأخبر المعالج في الجلسة أنه لم يشعر سوى بقليل من القلق فسأله المعالج كيف تفســر ذلك ؟ فقال المريض : قلت لنفسي أنه طالما إني سوف أخبرك بها فـــهي إذن تجربة علاجية ، ولذا فهي لن تحقق .

وكحل لهذه الإشكالية طلب المعالج من المريض عـــدم ترديـــد الأفكـــار لتحييد الأفكار المزعجة أو الاتصال بأقاربه للتأكد من أنهم لم يصابوا بأذى بعد ظهور الأفكار المخيفة وعدم إبلاغه بذلك (تكون العملية مسؤوليته هو وحـــده). وهذا ينفي عنها أثر التطمين (فعلت ذلك بناء على طلب المعالج ،لذا فلن يكـــون للأفكار أثر سيئ). وقد حقق هذا الإجراء الهدف الـــذي أراده المعـــالج مـــن التجربة (Padesky,1994) .

التطمين: يعتبر طلب التطمين من العلامات البارزة للوسواس القهري . لا تخلو الأفكار الوسواسية من الخوف من تحمل الفرد مسؤولية إلحـــاق الأذى بنفسه أو بالآخرين من خلال ما يقوم به أو ما لا يقوم به . على سبيل المثـــال

الخوف من أن لمس يد أحد دون أن يقوم المريض بتنظيف يده سوف يؤدي إلى العدوى ، أو الخوف من أن عدم التقاط قطعة زجاج من الطريق سوف تتسبب في جرح شخص ما .

يحاول المريض الحصول على التطمين بطرق مختلفة، كما لاحظ القارئ في الصفحات السابقة، لكي يتأكد من أنه لن يضر نفسه أو غيره ،كما أنه يحاول من خلال طلب التطمين توزيع مسؤولية ما قد يحدث من أذى أو التخلص من هذه المسؤولية بالمرة . ولكن التطمين لا يخدم العملية العلاجية ولا بد من تشجيع المريض على التخلص منه . و بالإمكان توجيه العملية العلاجية إلى التعامل مباشرة مع المشكلة :

المعالج: تطرقت أكثر من مرة لمخاوفك من السرطان ، هل ترغب في الحصول على استجابة معينة مني ؟

المريض: نعم ، أعتقد ذلك ، أود أن أتأكد إنني لن أصاب بالسرطان ، لا أدري ما هو الخطأ في ذلك .

المعالج: ناقشنا في الجلستين الأخيرتين كون غسل اليدين بعد الشعور بأنهما ملوثتان يساعد على استمرار المشكلة ، وكذلك ناقشنا كون طلب التطمين يؤدي إلى نفس النتيجة نفسها إذا ما ارتبط بالشكوك والمخاوف هل أنا محق إذا قلت أنك تعتقد أن للتطمين أثر مختلف ؟

المريض: أعتقد أنك تعرف الجواب ، فلماذا لا تخبرني لكي أشعر بالارتياح .

المعالج: أنت محق في ذلك ، من الواضح أنه يجب على عمل ذلك لو أنه سوف يساعد على حل المشكلة . أستطيع أن أفعل ذلك الآن ولكن ما مقدار التطمين الذي تحتاجه لكي تحس بالراحة طيلة الأيام المتبقية من الشهر ؟

المريض: كل ما تبقي .

المعالج: نعم بقي ساعتين من الجلسة ، إذا كان ذلك كافيا لما تبقى من الشهر فلك ما تريد .

المريض: لا أعتقد أن ذلك سيكون حلا مجديا ، سوف يساعدني لعدة دقائق فقط .

باستطاعة المعالج الاستمرار في مناقشة كيف يؤدي التطمين إلى تفادي مواجهة القلق حول كون المريض مسئولا عن ما قد يحدث من أذى، لذا لابد من أن يحاول المريض التخلص منه. إذا وجد المريض صعوبة في التخلص منه فقد يكون من المفيد الاستعانة بأحد أعضاء العائلة: على سبيل المثال يطلب من أحد أفراد العائلة أن يرد على المريض عندما يطلب منه التطمين " تعليمات المستشفي (المعالج) تنص على أنه يجب أن لا أجيب على مثل هذه الأسئلة " وإذا أصر المريض فقد يقول له قريبه " طلب مني في المستشفي (المعالج) أن أتركك إذا أصريت على ذلك ثم يتركه " .

الصعوبات التي قد تعترض عملية العلاج : في معظم الحالات تتحسن حالة المريض ولكن هناك ثلاثة أنواع من الصعوبات التي قد تحدث خلال فترة العلاج : (١) عدم حدوث عملية التعود (انخفاض القلق) خلال الجلسات (٢) تقدم العلاج بشكل بطئ بين الجلسات على الرغم من تطبيق المريض لما هو مطلوب منه و(٣) عدم قيام المريض بما هو مطلوب منه .

من النادر حدوث النوع الأول ولكن إذا حدث فالأسباب غالبا ما تكون معروفة ؛ أما أن تكون الجلسات قصيرة ، أو أن المريض يعاني من الاكتئاب إلى جانب الوساوس القهرية ولكنه لم يكتشف خلال عملية التقويم وفي هذه الحالة قد يكون من الضروري التعامل مع الاكتئاب أولا . التقدم البطيء بين الجلسات على الرغم من التعرض عدة مرات أكثر شيوعا من النوع الأول حتى إذا حدث انخفاض في تقييم المريض لشعوره بعدم الراحة خلال عملية التعرض ، والجدول التالي يوضح بعض الأسباب وبعض المقترحات للتغلب عليها :

السبب	كيفية التعامل معه
عدم ممارسة التعرض	قيم وشجع المريض على تفحص أفكاره حول الواجب المنزلي الخاص بالتعرض.
عدم ممارسة منع الاستجابة	تأكد من فهم المريض لمبررات استخدام التعرض، حدد الصعوبات من خلال جلسة تعرض معك.
مدة التعرض قصيرة	ناقش مخاوف المريض حول عواقب طول مدة التعرض، مارس السلوك أمام المريض ، حدد فترة الواجب المنزلي
تحييد داخلي بدلا من ممارسة الطقوس	ناقش مبررات منع الاستجابة فيما يتعلق بالتحييد الداخلي وناقش معه طرق التخلص من الاستجابات الداخلية.
طلب التطمين	ناقش مبررات ضرورة التخلي عن طلب التطمين كنوع من السلوك القهري ، حاول إشراك من يطلب منهم التطمين.
تجنب المواقف التي تثير الأفكار	صمم الواجب المنزلي بحيث يشتمل على المواقف التي يخاف منها المريض.
تحويل المسؤولية	أطل فترة التعرض للمسؤولية (القيام بالواجب المنزلي تحت مسؤولية المريض – يقوم المريض بتصميمه بشكل يخدم الهدف منه دون اعطاء التفاصيل للمعالج)، حاول إشراك من تحول إليهم المسؤولية في العملية العلاجية

أما فيما يتعلق بعدم تطبيق المريض للتعليمات: فقد يقتنع المريض بالعلاج عندما يكون هادئا ولكنه يجد صعوبة في ذلك عندما تنتابه الأفكار القهرية . وفي هذه الحالة يستطيع المعالج استخدام كرت يكتب على أحد وجهيه الأفكار التي يخاف منها المريض ، ويكتب على الوجه الأخر الاستجابات التي تناقض الأفكار التي يخاف منها المريض، ويطلب منه قراءة الكرت في أوقات معينة . وبإمكان المريض أيضا الاستفادة من التخيل بحيث

يمارس ما هو مطلوب منه خلال التخيل ثم يطبقه على الواقــع(Salkovskis & Kirk,1991).

ثانيا: العلاج الاستعرافي السلوكي للأفكار الوسواسية

التقويم وتحديد الأهداف: بالإضافة إلى مراعاة ما ورد فــي الفصــل الخاص بالتقويم في العلاج الاستعرافي السلوكي بصورة عامة يحاول المعــالج الحصول على وصف لإحدى نوبات اجترار الأفكار التــي حدثــت للمريــض مؤخرا ويحاول تحديد ما حدث خلال هذه النوبة من حيــث تعــاقب الأفكــار وتعامل المريض معها . وفي هذا الخصوص يتم التركيز بالذات على الكيفيــة التي فسرت بها الأفكار القهرية من حيث مسؤولية المريض تجاه ما قد يــترتب عليها من وجهة نظره وما يعقب ذلك من محاولات لتحييد أو طرد (التخلــص من) هذه الأفكار. كما يقوم المعالج بإيضاح دور محاولة التحكم في الأفكار في معدل حدوثها . ويفترض في هذه المرحلة أن يتم (١) التوصل إلــى صياغــة وفهم للمشكلة بالاتفاق بين المعالج والمريض (٢) تحديد أهداف العــلاج التــي تشتمل على أهداف قصيرة وبعيدة المدى ومن المهم هنــا التـأكيد علــى أن الأهداف لا تشتمل التخلص نهائيا من الأفكار الوسواسية.

إضفاء صفة الاعتيادية أو الطبيعية علــى الأفكــار الوسواســية: المقصود بذلك إزالة الصبغة المرضية عن الأفكار الوسواســيه مــن خــلال مساعدة المريض على إدراك أن هناك تفسيرات بديلة لما يحدث له لا تتضمــن كون هذه الأفكار سوف تقوده إلى القيام بما يهدد سلامته أو ســلامة غــيره (محاولة جعله يفهم ويستسيغ ويبدأ فعلا فــي التفكــير الجــاد فــي النمــوذج الاستعرافي للأفكار الوسواسية). وهناك العديد من الخطوات التي من الممكــن اتخاذها لتحقيق هذا الهدف:

أ/ <u>مناقشة الوظائف العادية القهرية</u>: ألا يوجد علــى الإطــلاق

ظروف تكون فيها هذه الأفكار مفيدة للمريض (مثل : الوساوس الإيجابية أو الأفكار الجيدة) ؟ أليس من الممكن أن تكون الأفكار الوسواسيه السلبية مفيدة أيضا (على سبيل المثال إذا حدثت باعتدال، تجعل المريض يعي وجود الأخطار المحتملة) ؟ بل أليس من الممكن أن تكون الأفكار الوسواسيه المخيفة مفيدة أحيانا (مثل : ما يمكن أن يفكر فيه الشخص وهو يرى شخصا عزيزا عليه معرض لخطر وشيك). ثم أليس من الممكن أن حدوث هذه الأفكار مرتبط برغبة الشخص في حدوثها .

ب/ مناقشة العلاقة بين حدوث ومحتوى الأفكار الوسواسية القهرية وبين تقويم المريض لها وكيف يكون من الممكن أن يؤدى ذلك إلى ظهور أفكار لتحييد هذه الأفكار الوسواسية. مناقشة الظروف التي يحدث فيها تحييد طبيعي للأفكار: مثل مراجعة برامج (خطة) قضاء الإجازة في مكان ما والاحتياطات التي يجب اتخاذها حيال ذلك، إذا ما راعينا إحساس الفرد بالمسؤولية حيال ما قد يحدث خلال الإجازة ؛ التوجس الذي ينتاب الفرد عندما يلمح شخص آخر إلى ما قد يحدث من مشكلات نتيجة لقيام الفرد بتصرف معين.

ج/ مناقشة للظروف التي ينظر فيها إلى الأفكار الوسواسية الإيجابية بصورة سلبية عندما تحدث في سياق غير ملائم بهدف إلقاء المزيد من الضوء على أهمية تقويم حدوث ومحتوى الأفكار مقابل الأفكار نفسها. فقد يستمتع الفرد بالتفكير في أخذ إجازة وقضائها في المكان الذي يحبه ولكن هذه النظرة تتغير إذا تذكر الشخص معاناة أحد المقربين له من مرض خطير أو تعرضه لحادثة .

د/ تحديد العلاقة بين حل المشكلات ،الإبداع وبين حدوث الأفكار المقتحمة سواء كانت إيجابية ، سلبية أو محايدة . وكذلك محاولة مناقشة ما إذا كان هناك فائدة من الأفكار المقتحمة السلبية في الظروف غير العادية (التفكير في الدفاع عن النفس بشكل يتلاءم مع الموقف إذا ما تعرض الفرد لهجوم في مكان خال من الناس) .

هـ/جعل المريض يتصور ما سوف تكون عليه الحال لو لم يقتحم عقله أي فكرة . كيف يكون عليه حالك لو أنه يجب عليك أن تتخذ قرارا حول الشيء الذي سوف تفكر فيه قبل أن تفكر فيه ؟ ما نوع الأفكار التي سوف سترد إلى ذهنك ؟ ألن يكون ذلك شيئا مملا ؟

ويفترض عند هذه المرحلة أن يكون المعالج قد ساعد المريض على النظر إلى الأفكار المقتحمة ليس فقط كأفكار عادية ولكن كجزء هام من حياته اليومية . يتم التعرض لبعض جوانب النقاط السابقة خلال العملية العلاجية كلها .

إعادة النظر في المشكلة : تشجيع المريض على المقارنة المباشرة بين وجهتي النظر المختلفتين للمشكلة : النظر إلى الأفكار الوسواسية كشيء طبيعي يحدث لكل الناس وأن المشكلة في تفسير الناس لهذه الأفكار وليس في الأفكار نفسها أم النظر إليها كظاهرة مرضية لا يستطيع المريض عمل أي شئ إيجابي حيالها. إلقاء الضوء على الكيفية التي يستطيع المريض من خلالها أن يعي هذه الأفكار دون الشعور بالضيق . التأكيد على أن محاولة منع حدوث هذه الأفكار أمر غير مرغوب فيه بالمرة لأنه عنصر أساسي(بعد التفسير غير الدقيق للأفكار) في تطور واستمرار المشكلة. وبعد ذلك يقوم المعالج بتهيئة المريض لاستخدام التعرض ومنع الاستجابة مع هذه الأفكار وتحديد وشرح دور ما لدى المريض من أفكار حول مسؤوليته عن ما قد يلحق به أو بغيره من أضرار من جراء الأفكار الوساوسية التي يعانى منها(لكي يتم تعديلها) و شرح دور محاولة تحييد الأفكار الوسواسية في استمرار المشكلة. وهذا ما سوف تتم مناقشته في صفحات التالية(Salkovskis & Kirk,1997).

التعرض ومنع الاستجابة: يستند هذا الأسلوب لعلاج هذه الوساوس على الافتراض بأنه من الممكن خفض القلق من خلال التعرض وإعادة التعرض للأفكار التي تخيف المريض حتى يخف القلق دون أن يقوم المريض بمحاولات

باطنة لتجنب أو تحييد الأفكار . قد يجد بعض المرضى صعوبة في التوقف عن التحييد لأنهم يرون أنها هي الطريقة الوحيدة التي تجعلهم يشعرون بالارتياح ، ولكنهم في الغالب يمتنعون عن ممارسته خلال عملية التعرض إذا ما شرح لهم المعالج أن درجة الحاجة أليه تتناقص مع مرور الوقت إلى أن يصل المريض مرحلة يخف فيها القلق بشكل كبير وبالتالي لا يحس بالحاجة إلى التحييد. ويجب التنبه إلى أن الأفكار الوسواسية تختلط مع الأفكار التي يقصد منها التحييد وأن التفريق بينهما أمرا ضروريا لنجاح العلاج . يجب أن يفصل المعالج والمريض بين الأفكار التي تأتي للمريض رغما عنه(الأفكار الوسواسية) وبين الأفكار التي يختارها هو(لتحييد الأفكار الوسواسية) في محاولة منه لتخفيف القلق . كما يجب أن يوضح المعالج للمريض أن محاولة المريض التخلص (تجنب) من الأفكار التي تسبب القلق قد تفيد بصورة مؤقتة في الحد من هذه الأفكار ولكن التجنب والتحييد يساعدان في استمرار المشكلة . وبالإمكان التعرف على ما يقوم به المريض بهدف تجنب وتحييد الأفكار الوسواسية من خلال طرح الأسئلة التي تدور حول نشاطاته الفكرية التي تستخدم بسبب المشكلة .

الخطوة الأساسية اذن في عملية التعرض ومنع الاستجابة التي تهدف إلى تدريب المريض على التعود على الأفكار الوسواسية، هي محاولة إثارة هذه الأفكار بصورة مقصودة ومتكررة لفترة معينة حتى ينخفض مستوى القلق دون اللجوء إلى محاولة منع أو تحييد هذه الأفكار. ولتحقيق ذلك من الممكن استخدام ما يلائم من الاستراتيجيات التالية :

١- جلب الأفكار عمدا (تشكيل الفكرة ، الحفاظ عليها لفترة معينة ثم التوقف ، القيام بذلك عدة مرات).

٢- كتابة الفكرة عدة مرات .

٣- سماع الفكرة من شريط مسجل بصوت المريض .

استخدام هذه الطرق جميعا أسلوب قوي وفعال للتخلص من المشكلة .

في طريقة استخدام الشريط يطلب من المريض:

(أ) تسجيل الفكرة الوسواسية لمرة واحدة أو عدة مرات لمدة ٣٠ ثانيـة . على سبيل المثال قد يسجل المريض الفكرة التالية " قد ألحق الضرر بابني ، قد أطعنه بسكين المطبخ"، مع ملاحظة أنه يجب عدم تسجيل أي أفكار يقصد من ورائها تحييد الفكرة الوسواسية على الشريط .

(ب) إعادة ما تم تسجيله بصورة مستمرة كل ٣٠ ثانية(بالإمكان استخدام أجهزة التسجيل التي تقوم بالإعادة المتكررة لهذا الغرض).

(ج) يطلب من المريض الاستماع إلى الشريط بأكبر قدر ممكـن مـن التركيز دون أن يحاول تحييد الفكرة عشر مرات ويطلب منـه تقديـر درجـة شعوره بعدم الارتياح ودرجة رغبته في التحييد على مقياس من صفـر إلـى ١٠٠.

(د) بعد الاستماع إلى التسجيل يناقش المعالج مع المريض بـالتفصيل أي رغبة في تجنب أو تحييد الأفكار شعر بها المريض خـلال سـماعه للشـريط وكذلك الطرق التي من الممكن استخدامها للتغلب على ذلك(إضافة فكرة جديدة، استخدام سماعة أذن ، إغلاق العينين أو تخيل شئ معين إلى جانب الفكرة) ثـم الاستماع إلى الشريط عشر مرات أخرى بالاستعانة بهذه الطرق حتى يتمكـن المريض من الاستماع إليه دون اللجوء إلى تحييد الأفكار التي يسمعها.

(هـ) الاستماع إلى الشريط بصورة مستمرة لمدة ١٥ دقيقة مع تقديـر درجة الشعور بعدم الارتياح ودرجة الرغبة في التحييد بعد كل ٣ أو ٤ دقـائق على سبيل المثال ومنا قشة الرغبة في التجنب والتحييد مرة أخرى.

(و) يطلب من المريض أن يتدرب على التعرض في منزله من خـلال الاستماع إلى الشريط مرتين أو أكثر في اليوم لمدة ساعة على الأقل ؛ يفضل أن يستمع إليه حتى تنخفض درجة القلق إلى ٥٠% من أعلى مستوى وصلـت إليه خلال جلسة التدريب ، مع التأكيد على أهمية عدم قيامه بمحاولات لتحييـد الأفكار. وكذلك يطلب من المريض محاولة تجنب التحييد طيلة اليوم وتسـجيل أوقات حدوث الأفكار وعدم الشعور بالراحة والرغبة في التحييد .

(ز) وفي الجلسات اللاحقة تناقش الصعوبات التي واجهها المريض خلال قيامه بالواجبات المنزلية وخلال قيامه بمنع الاستجابة الذاتي. يقوم المعالج والمريض بتحديد النشاطات التي يمارسها المريض لتجنب الأفكار الوسواسية أو التخلص منها ويحث المعالج المريض على الكف عنها. وبعد أن يتمكن المريض من الاستماع إلى الشريط دون تحييد و بدون قلق زائد تستبدل الفكرة بأخرى وتكرر نفس الإجراءات . في الغالب عندما يتعود المريض على فكرة أو فكرتين يعمم ذلك على بقية الأفكار الوسواسية.

(ح) يطلب من المريض أن يجلب الأفكار عمدا (فكرة واحدة، عدد من الأفكار في مواقف متعددة) وكذلك تعريض نفسه للمواقف التي تثير الأفكار الوسواسية لديه دون أن يمارس التحييد (Salkovskis & Kirk,1991).

إعادة البناء الاستعرافي للمريض(قد تستخدم فنيات إعادة البناء الاستعرافي قبل التعرض ومنع الاستجابة إذا لم يكن المريض مستعدا بعد للتعرض): المقصود هنا هو تحديد وتعديل الأفكار الموجودة لدى المريض حول تفسير المريض للأفكار الوسواسية وحول مسئوليته عن ما قد يحدث له وللآخرين نتيجة لسلوكياته والعلاقة بين ذلك وبين رغبته في التحييد . يقدم المعالج تفسيرا استعرافيا لأهمية منع الاستجابة من خلال مساعدة المريض على تفحص مدى ملائمة تقويمه للأفكار الوسواسية ومحاولة تعديلها بالاستعانة بالأسئلة السوقراطية والاكتشاف الموجه وسجل الأفكار. يسعى المعالج في هذه المرحلة إلى جعل المريض يتمعن في النموذج الاستعرافي لاستمرار مشكلة الوساوس لكي يستطيع المريض من خلاله التأكد مما إذا كانت المشكلة (١) أنه فعلا سوف يتسبب في إيذاء نفسه أو إيذاء الآخرين أو يفشل في منع حدوث الأذى له أو لغيره وأنه يجب عليه أن يفعل كل ما يستطيع للحيلولة دون ذلك أو(٢) أنه منزعج حول إلحاق الأذى به وبالآخرين وأن مصدر المشكلة هو هذا القلق والاهتمام الزائد وليس وجود خطر حقيقي في الواقع . وبإمكان المعالج استخدام التجارب السلوكية وبعض الفنيات الاستعرافية الإضافية لدعم النموذج

الاستعرافي السلوكي للوساوس القهرية: على سبيل المثال يعتقد بعض مرضى الوسواس أن الشخص إذا تخيل أنه يقوم بسلوك ما (إيذاء طفل على سبيل المثال) فإن ذلك يزيد من احتمال قيامه فعلا بهذا السلوك؛ من الممكن في هذه الحالة أن يتفحص المريض هذه الفكرة مباشرة ليرى بنفسه ما إذا كان التفكير في شيء ما يحيله إلى حقيقة على النحو التالي: المعالج : دعنا نرى ما إذا كنت أستطيع أن أجعل نفسي أعاني من ألم شديد بمجرد التفكير في ذلك؛ أرغب أن أصاب بآلام حادة الآن وبدون أي تأخير (توقف فترة وجيزة) أو أتمنى أن أصبح مليونيرا الآن بدون تأخير . هل تستطيع القيام بذلك أيضا .... ما الذي حدث !!! ومن الممكن تشجيع المريض فيما بعد على محاولة جلب عواقب مخيفة بمجرد تبنيه لفكرة معينة لكي يدرك محدودية قدرته ومسؤوليته (هل من الممكن أن تحدث أذى لنفسك أو لشخص ما بمجرد التفكير في ذلك) ؟

أحيانا تصل المناقشات إلى نقطة تظهر عندها الحاجة إلى الحصول على المزيد من المعلومات الغير متوفرة لدى المريض . فيستعان بالتجارب السلوكية كإجراء لجمع المعلومات لمساعدة المريض على التوصل إلى نتيجة معينة حول اعتقاداته . على سبيل المثال ، من الممكن القيام بتجربة سلوكية تسمح للمريض بأن يفحص بنفسه الفرضية الاستعرافية التي تقول أن محاولة التحكم في الأفكار تزيد من حدوثها : يطلب منه خلال الجلسة أن يحاول أن لا يفكر في شيء ما .. دب ، زرافة .... الخ . وسوف يكتشف أنه كلما حاول ذلك وجد أنه أن الشيء الذي يحاول عدم التفكير فيه لا يفارق ذهنه ، ثم يطلب منه محاول التفكير بأكبر قدر ممكن في الشيء نفسه وسوف يلاحظ أن ذلك الشيء يغيب عن ذهنه (أنظر الأثر العكسي لطرد الأفكار في الباب الأول). وبعد ذلك يطلب منه القيام بالشيء نفسه مع أفكاره الوسواسية . وقد يكون من المفيد مع بعض المرضى التعرف على الأثر الطويل المدى لمحاولة كبح الأفكار من خلال إعداد سجل بما يحدث خلال محاولة الكبح لفترة أطول (ساعات أو حتى أيام) بين الجلسات . يطلب من المريض في فترات معينة أن

يحاول كبح أفكاره بأكبر قدر ممكن، وفي فترات أخرى يحاول تسجيل عدد حدوث محاولات الكبح ومقدار الجهد المبذول لتحقيق ذلك فقط ، وفي الجلسة اللاحقة تتم مقارنة ما حدث خلال كل فترة ثم يطلب من المريض إبداء رأيه في النتيجة . هذا الإجراء طريقة مفيدة جدا لتعريف المريض بالأثر السلبي لمحاولة كبح الأفكار .

بعض المرضى يعتقد أنه يتخلص من الأفكار ليس من خلال محاولة كبحها (طردها) ولكن من خلال (صرف انتباهه) لإبعاد الفكرة . ولتفحص هذه الطريقة ومعرفة جدواها من قبل المريض يطلب منه أن يعد سجل بتكرار أفكاره الوسواسية في أيام يحاول فيها صرف انتباهه بما أوتي من قوة ويسجل تكرار هذه الأفكار في أيام يترك فيها هذه الأفكار دون أي محاولة لصرف انتباهه عنها . وسوف يكتشف المريض أن الأفكار تزداد تكرارا وإزعاجا في الأيام التي يحاول فيها مقاومتها (من خلال محاولة صرف انتباهه عنها) .

وكإجراء أساسي في العلاج الاستعرافي السلوكي يطلب المعالج من المريض القيام (بين الجلسات) بتحديد ومراقبة (مراقبة ذاتية) الأفكار الوسواسية وتقويمها باستخدام السجل اليومي للأفكار إلى جانب بعض الفنيات المخصصة لمساعدة المريض على تغيير اعتقاداته حول مسئوليته المبالغ فيها عن ما قد يحدث له أو لغيره. يتبع ذلك بالمناقشة المكثفة لمساعدة المريض على التعرف على نقاط الضعف في تقويمه للأفكار الوسواسية وفي الافتراضات التي توصل من خلالها إلى هذا التقويم .

يستطيع المعالج مثلا مساعدة المريض علي تغيير اعتقاداته السلبية حول مسئوليته عن ما حدث لشخص آخر باستخدام فنية تحديد المسؤولية (أنظر ما كتب حول هذه الفنية في الفنيات المستخدمة لاستبدال المخطوطة في الباب الثاني) : فقد يشعر أحد المرضي بأنه قد تسبب في فصل أو إثارة مشكلات لشخص آخر في العمل ونتيجة لهذا الشعور يحاول دائما الحصول علي الطمأنة من الآخرين (إشعاره بأنه لم يكن السبب فيما حدث لزميله)؛ يطلب من المريض حصر كل العوامل التي من الممكن أن تكون ساهمت فيما حدث لذلك

الشخص من مشكلات ابتداء بالشيء الذي قام به المريض ويعتقد أنه كان السبب، علاقة ذلك الشخص مع مديره في العمل ، والصعوبات المالية في الإدارة ....الخ. ثم يقوم المعالج برسم دائرة و يطلب من المريض أن يخصص جزء من الدائرة (نسبة مئوية) لآخر سبب في القائمة حتى يصل الى ما فعله هو ويعتقد أنه كان السبب . تتميز هذه الفنية بأنها لا تشتمل علي طمأنة المعالج(أو غيره) للمريض بأنه لم يكن السبب فيما حدث . (كل العوامل حددت من قبل المريض) وبأنها مفيدة في حالة التعامل مع التفكير بطريقة أسود أو أبيض ، صح أو خطأ(ثنائية التفكير) لدى المريض . (يستخدم مقياس من ٠ - ١٠٠ للتعرف على درجة تصديق المريض لكونه مسئولا عما حدث للشخص الآخر قبل وبعد هذه الفنية).

تستخدم الفنيات السابقة مع مراعاة الفروق الفردية بين المرضى . يفهم بعض المرضى النموذج الاستعرافي لمشكلاتهم في وقت قصير ولدى المرضى أفكار مختلفة لذا تعتمد درجة التركيز على فنية معينة مع مريض معين وعلى أخرى مع مريض آخر على التصور الاستعرافي (صياغة) لمشكلة المريض . ومع ذلك يظل الاطار العام للعلاج والهدف منه .واحد . يعمل المعالج وفقا للنموذج الاستعرافي للوساوس القهرية بهدف مساعدة المريض على تفحص وجهة نظره غير الدقيقة للأفكار الوسواسية مقابل التفسير الاستعرافي البديل للمشكلة. يوفر المعالج للمريض تفسيرات لا تتسجم مع الصبغة التهديدية التي الصقها بالأفكار التي تقتحم ذهنه. وللوصول إلى هذا الهدف يتم لفت نظر المريض بصورة مستمرة إلى أن هناك تفسيرين محتملين للمشكلة التي يعاني منها (١) أن هناك خطر حقيقي في هذه الأفكار أو (٢) أن المشكلة تكمن في تقويمه لهذه الأفكار. كما يتم تذكيره بان لكل من هذين التفسيرين نتائج مختلفة. لقد لاحظ القارىء أنه لم يتم الحديث عن خفض عدد الأفكار الوسواسية والسبب في ذلك هو أن العلاج الاستعرافي السلوكي لا يهدف مباشرة إلى خفض عدد الأفكار التي تقتحم ذهن المريض بقدر ما يسعى إلى جعل المريض يدرك أن محاولة الحد من هذه الأفكار يؤدي إلى زيادتها. ومع ذلك فأن من

بين النتائج المرغوبة للعلاج الاستعرافي أن الأفكار الوسواسيه تقل مع تقدم العلاج: تنتفي الحاجة للتحكم في الأفكار فيقل معدل ورودها للذهن (Salkovskis& Kirk,1997).

منع الانتكاس: بعد تحسن حالة المريض(لم تعد الأفكار الوسواسية تثير الشعور بالضيق لديه) يفضل أن تخصص جلسة مع المريض لمناقشة ما يمكن عمله لمنع انتكاس حالة المريض. في هذه الجلسة يطلب من المريض جمع والحفاظ على ما تم تعلمه في العلاج (معلومات مكتوبة أو مسجلة) وبالذات الفنيات التي ساعدته في التغلب على مشكلته. مناقشة المواقف التي من المحتمل أن يجد المريض صعوبة في التعامل معها و كيفية التغلب عليها (لكل مريض مواقف خاصة به). وفوق كل ذلك تذكير المريض بأنه من المحتمل أن يشعر أن ببعض الأعراض التي كان يشكو منها في فترات معينة وبدرجات مختلفة وأن ذلك لا يعني عودة المشكلة من جديد: فسرعان ما تزول هذه الأعراض إذا لم يتم تضخيم خطرها واستخدم المريض معها ما تعلمه خلال العلاج عند الضرورة . كما يمكن أن يتم تحديد موعد لجلسة متابعة للتعرف على الكيفية التي سارت عليها أمور المريض بعد انتهاء العلاج.

تم في الصفحات السابقة عرض العديد من الفنيات التي تستخدم لعلاج الوساوس القهرية ومن الممكن تلخيص خطوات العلاج اللاستعرافي السلوكي في النقاط التالية (١) جلستان لشرح النموذج الاستعرافي للوساوس القهرية: طبيعة الأفكار ، تفسير المريض لها ، تحييد وتجنب الأفكار(يستخدم المرضى العديد من الاستراتيجيات لتحييد الأفكار الوسواسية؛ صورة مضادة : تصور الطفل حيا لتحييد الفكرة حول تعرضه للأذى،العد بتسلسل معين ، صرف الانتباه، استبدال الفكرة السلبية بفكرة إيجابية)، والأثر العكسي لمحاولة التخلص من الأفكار الوسواسية (٢) إعداد المريض للتعرض ومنع الاستجابة: شرح جدوى استخدام هذه الفنية ، الصعوبات المتوقعة وكيفية مجابهتها، إعداد الشريط وتطبيق هذه الفنية بحضور المعالج (جلستان على الأقل). بعد عملية التطبيق مع المعالج يطلب من المريض ممارسة التعرض ومنع الاستجابة بين

الجلسات كواجبات منزلية (٣) الاتفاق مع المريض على القيام بـالمزيد من عمليات التعرض ومنع الاستجابة : مناقشة الصعوبات التي تعرض لها المريض ، التعامل مع فكرة أخرى ، التعرض لمواقف تثير الأفكار الوسواسية (٤) إعادة البناء الاستعرافي: يختلف محتوى الأفكار الوسواسية لدى مرضى الوساوس القهرية اختلافا كبيرا. فهناك أفكار وسواسية حول أداء العبادات ، التعرض للعدوى ، الاعتداء على الآخرين والجنس وغير ذلك الأمر يحتم على المعالج التعامل مع كل مريض كحالة خاصة. ولكن هناك بصورة عامة أربعة أنواع من التفسيرات (أساليب التفكير) غير الفعالة التي يجب التعامل معها خلال العملية العلاجية والتركيز على الأنواع البارزة منها لدى كل حالة؛ (أ) المبالغة في أهمية الأفكار الوسواسية (ب) المبالغة في مسؤولية المريض عن ما قد يلحق به أو بغيره من أذى (ج) التوقعات التي تتصف بالكمالية و(د) المبالغة في تقدير احتمال حدوث وقسوة العواقب المرتبطة بالحوادث التي يخشاها المريض. وكما أشير إلى ذلك من قبل قد تستخدم إعادة الأبناء الاستعرافي قبل عملية التعرض ومنع الاستجابة لتسهيل عملية البدء فيه أو تستخدم إلى جانبه و(٥) منع الانتكاس (Freeston et al, 1997).

الفصل السادس عشر: النموذج والخطة العلاجية الاستعرافية السلوكية لتوهم المرض

النموذج الاستعرافي لتوهم المرض Hypochondriasis

يفترض في النموذج الاستعرافي لاضطراب توهم المرض أن هذا الاضطراب (قلق شديد على الصحة) يتطور نتيجة لميل المريض إلى تفسير بعض الأعراض الجسمية العادية بشكل مأسوي. فالوخزة الخفيفة في أحد أعضاء الجسم تعتبر من وجهة نظره دليلاً على وجود مرض عضال في ذلك العضو، وتأكيدات المختصون بسلامة هذا العضو ليست سوى محاولة منهم لمراعاة مشاعره وعدم تخويفه من خلال حجب الحقيقة عنه . وينشأ هذا السلوك لدى المريض بعد تعرض المريض لخبرات، مرتبطة بالأمراض والصحة والأطباء والمستشفيات والشفاء، تتعلق به مباشرة أو بغيره من الناس. ومن ذلك مثلاً استفحال مرض معين في شخص يعرفه أو لا يعرفه بصورة لم يستطع الكثير من الناس تفسيرها ، أو وجود أمراض معينة لدى أقرباء المريض . ويعتبر ظهور حالات كثيرة من الخوف المرضي من الإيدز Aids) (phobia دليل واضح على أثر المعلومات التي يستقبلها الناس حول الأمراض على تطور القلق حول الصحة لديهم .

ومن الافتراضات الشائعة لدى من يعانون من توهم المرض والتي تكونت نتيجة للخبرات السابقة للمريض : (التغيّرات الجسمية تدل على وجود مرض خطير لأن لكل عرض سبب فسيولوجي معروف) ، (إذا لم تقم بزيارة الطبيب حالما تشعر بشيء غير مألوف استفحل المرض وأصبح علاجه صعباً)، (إذا لم أكن قلقاً على صحتي أصابتني الأمراض)، (أمراض القلب شائعة في عائلتي) أو (أعاني من ضعف في جهاز التنفس منذ أن كنت صغيراً)

ويقود بعض هذه الافتراضات المريض إلى التركيز على المعلومات التي تؤكد اعتلال صحته وتجاهل الأدلة المنافية لذلك ، الأمر الذي يجعله يصدق بوجود ما يخشاه وبالتالي يزداد تركيزه على عضو معين ويصبح أكثر قدرة على ملاحظة أي تغيّر فيه مهما كان طفيفاً واعتباره دليلاً قاطعاً على وجود مرض. وقد يحدث التركيز على عضو معين تغييرات في ذلك العضو بشكل أو بآخر (Salkovskis, 1996).

وتجدر الإشارة هنا إلى أن التحليل الاستعرافي لاضطراب الفزع واضطراب توهم المرض متشابهان (radchman, 1997) . فقد لاحظ القارئ عند الحديث عن نوبات الفزع أن إساءة تفسير الاحساسات الجسمية تلعب دوراً أساسياً في ظهور نوبة الفزع ولاحظ أيضاً هنا أن إساءة تفسيرات التغيّرات التي تحدث في الجسم تلعب الدور نفسه في توهم المرض وهي بذلك عامل مشترك بين هذين الاضطرابين . أما ما يفرق اضطرابات الفزع عن اضطراب توهم المرض فيتمثل في ما إذا كان المريض يخاف من أن يقع له مكروه الآن (نوبة الفزع) أو أن يقع له ذلك فيما بعد (توهم المرض) . ويلعب نوع الاحساسات التي يخبرها المريض دوراً مهما في ذلك : إذا لم يكن ما يحس به المريض من الأعراض التي تزداد نتيجة للقلق ، أو أن المريض لا يتوقع حدوث المأساة في الحال فسوف يكون رد فعله على شكل توهم مرضي حول وجود أمراض لديه (الآلام التي أعانيها في معدتي تعنى أن لدى سرطان لم يكتشف بعد) وعلى الجانب الآخر إذا كانت الأعراض التي أسيء تفسيرها من النوع الذي يحدث كجزء من الأعراض التي يثيرها القلق وأن المريض يتوقع حدوث المأساة الآن (هذا الخفقان يعنى أنني سوف أصاب بنوبة قلبية الآن) فسوف تزداد حدة الأعراض ويكون رد الفعل على شكل نوبة فزع . (Salkovskis,1996)

وعندما ينشأ توهم المرض يجد المريض صعوبة في التخلص منه نظراً لوجود العديد من العوامل المتداخلة التي تساعد على استمراره . فالقلق حول الصحة يؤدي إلى زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل Autonomic)

Nervous System) الذي يتحكم في القلب والغدد والتنفس وبعد ذلـــك قـد يسيء المريض تفسير هذا النشاط غير الإرادي ويعتبره دليل آخر على وجـــود مرض جسمي . التركيز على الجسم المدفوع بالتوجس على الصحـــة يجعـل الفرد يعي حتى التغييرات الجسمية البسيطة في الوقت الذي تؤدى فيه الأفكـــار الخاصة بمرض معين إلى ملاحظة التغييرات التي تنسجم مع هـــذه الأفكـــار. كما أن السلوكيات التي تهدف إلى تفادى أو استبعاد الوقوع في المرض (تجنب الإجهاد الجسمي أو الاحتكاك بما يعتقد أنه قد يسبب المرض ، قـــراءة الكتـب الطبية ، كثرة الاستشارات الطبية ..... مثلاً) تساعد على استمرار القلق مـــن خلال انشغال المريض بالأمراض وكيفية تفاديـــها بالإضافـــة إلـــى أن هـــذه السلوكيات تحول بين المريض وبين اكتشاف عدم دقة توقعاته المأسوية التـــي يتصور أنها ستحدث له لو تخلى عن ممارسة سلوكياته التي يحاول من خلالـــها حماية نفسه من التعرض للأمراض (Salkovsis & Bass, 1997).

العلاج الاستعرافي السلوكي لتوهم المرض

من المهم في بداية العلاج التعرف على وجهة نظـــر المريـــض حـــول احتمال كون سبب ما يشعر به من أعراض هو سبب نفسي (قـــد يـــأتي هـــذا الاقتراح من الأطباء الذين سبق وأن زارهم المريض) : ماذا كـــان رد فعلـك عندما أخبرك الطبيب بأن هناك احتمال في أن المشكلة نفسية أكثر ممـــا هـــي عضوية ؟. قد تكون استجابة المريض (هو يعتقد أنني أتخيل هذه الأعـــراض) . إذا كان المريض يعتقد بأن التقويم والعلاج النفسي لن يفيده لأنـــه يتصـــور أن المشكلة فسيولوجية فمن الملائم أن يقترح المعالج : أن التقويم النفسي لا ينفـــي بالضرورة وجود أسباب عضوية ولكنه لا يستبعد وجود عوامل نفسية تســـاهم في تطور أو استمرار المشكلة بشكل أو بآخر: الضغوط النفسية التي تنشأ عـــن المرض إذا وجد أو العوامل النفسية التي تساعد على التكيف معه . الهدف هنـــا هو جعل المريـــــض يقتنع بجدوى العلاج ويتعاون بالتالي مع المعالج .

بداية العلاج : بعد عملية التقويم ووضع تصور(صياغة) للمشكلة (أنظر التقويم في العلاج الاستعرافي السلوكي- الباب الثاني في هذا الكتاب) ، يبدأ المعالج بالتدخلات اللازمة . ولعل من المهم هنا التأكيد على ضرورة تطابق أهداف المريض مع أهداف المعالج من العلاج ، حيث أنه في بعض الأحيان يكون هدف المريض هو الحصول على التطمين أو الحصول على تأييد المعالج لوجهة نظره (أن لديه مرض عضوي فعلاً) .

ونظرا لأنه من غير المحتمل أن يسلم المريض بسهولة أن مشكلته تكمن في قلقه الزائد على صحته فلابد من أن يناقش المعالج هذه المسألة مع المريض بعناية بحيث لا يرفض وجهة نظر المريض ولا يعطيها أكبر من حجمها. وبعد ذلك تناقش عيوب ومزايا الاعتقاد الذي يتمسك به المريض (لدي مرض عضوي) والفكرة البديلة (تفسير آخر للأعراض) : كم من الزيارات قمت بها للعيادات ، المستشفيات والأطباء ؟ هل كان ذلك فعالاً ؟

ثم يقترح المعالج على المريض أن يعملا معاً في ضوء الفكرة البديلة لفترة زمنية محددة ٣-٤ أشهر فإذا قام المريض بما اتفق عليه ولم يحدث تحسن يذكر فمن الممكن عندئذ أن يعود المريض إلى تفسيره السابق للمشكلة وينظر المعالج للمشكلة من منظور عضوي.

إعادة البناء الاستعرافي : يستخدم هنا سجل الأفكار والتجارب السلوكية (الباب الثاني) للتعامل مع ردود الفعل الاكتئابية أو مع القلق تجاه المشكلة بالإضافة إلى محاولة التعرف على السوابق واللواحق المرتبطة بالأعراض (كما هو موضح في التقويم الاستعرافي السلوكي) حيث من الممكن أن يكتشف المعالج والمريض أن هناك علاقة بين القلق على الصحة وبين انفعالات أخرى، قلق أو غضب .... الخ .

ومن المفيد أن يحاول المعالج التعرف على ما إذا كان هناك أفكار مرتبطة بحوادث مرت على المريض (وفاة قريب كان يبدو في صحة جيدة) أو خبرة أدت إلى اعتقاده بأن التقارير الطبية غير دقيقة . وكذلك الاعتقادات

حول طبيعة التكوين الفسيولوجي للإنسان (الاعتقاد بأن أعضاء الجسم: اليدين ، الساقين ، العينين ، القدمين لابد وأن تكون متشابهة تماما ووجود أي أن اختلاف بين هذه الأعضاء يعتبر مؤشرا على وجود مرض معين). من الممكن هنا أن يطلب من المريض القيام بتجربة يحاول فيها ملاحظة صور أو أيدي أو أرجل المقربين منه للتأكد من الاختلاف وارد دون وجود أمراض أو أن يقوم بجمع معلومات علمية حول التشابه والاختلاف بين أعضاء الجسم البشري ، ليكتشف بنفسه أن الأعضاء قد لا تكون متطابقة ١٠٠% .

وهناك بطبيعة الحال العديد من التجارب السلوكية التي من الممكن استخدامها لتفحص اعتقادات المريض (أحيانا يتطلب تصميم هذه التجارب، كما هو الحال مع الاضطرابات الأخرى، شيء من الإبداع من قبل المعالج) .

ومن التجارب التي استخدمت مع أحد مرضى توهم المرض الذي كان يعتقد أن صعوبة البلع تعتبر مؤشرا على وجود سرطان في البلعوم ، أن طلب منه المعالج أن يقوم معه بعملية البلع بصورة متكررة وقد دهش المريض عندما لاحظ أن تكرار عملية البلع يجعلها عملية صعبة وأن المعالج أيضا عاني من نفس الصعوبة بعدما كرر عملية البلع . وتكمن أهمية هذه التجربة في أن المريض تعود على التأكد من سلامة بلعومه من خلال البلع المتكرر .

ومن الممكن الاستفادة من الحساسية الزائدة لدى مرضى توهم المرض في إضعاف اعتقاداتهم القديمة حول الأمراض والأعراض وتقوية الأفكار البديلة . فقد يقول المريض مخاطبا المعالج : قلت أن لدي مرض خطير لم يتم لكتشافه ، وبدلا من أن ينكر المعالج ذلك مباشرة من الممكن أن يقول (أنا متأكد أنني لم أعني أي شيء من هذا القبيل ولكن من الواضح أنك فهمت كلامي على النحو الذي ذكرته ، وأريد منك أن تستمع للشريط قبل الجلسة القادمة وتحاول العثور على الكلام الذي قلت فيه أنا ذلك ، أكتب ملاحظاتك واحضر الشريط معك لنرى ما حدث وما يمكن تعلمه منه . سوف يخبرك بأن لم يفهم جيدا ما قيل وبعد مناقشة ذلك يسأل المعالج المريض : (ما الذي يمكن تعلمه من ذلك ؟

وبعد ذلك يناقش مسألة ما إذا كان هذا النوع من التفسير غير الدقيق يحدث كثيراً من قبل المريض وما علاقة ذلك بما كان يقال له خلال زياراته المتعددة للأطباء .

تغيير السلوك: يقوم المعالج بتصميم تجارب لتفحص اعتقادات المريض بأن السلوكيات تحمي من الأذى وكذلك لمعرفة ما إذا كان السلوك يخفف فعلاً من الأعراض . مثال : مريض يعتقد انه مصاب بمرض خطير لوجود ألم وانتفاخ بسيط في رقبته ونتيجة لهذا الخوف كان يتجسس ويضغط على هذه المنطقة بكثرة الأمر الذي يزيد من درجة الألم. فطلب منه المعالج أن يقوم كل منهما بالضغط (كل واحد على جسمه) حول المنطقة التي يوجد فيها الانتفاخ لدى المريض على فترات (ثلاث مرات كل مرة ٥ دقائق) وبعد هذه التجربة اكتشف المريض أن هذا السلوك يسبب الأعراض التي يعتقد أنها مؤشراً على وجود مرض لديه .

وفي مثال آخر : كان مريض يعتقد أنه يمنع حدوث سكتة دماغية لديه بقوة الإرادة من خلال جعل الدم يتدفق بسهولة ويمنع السكتة . وكان بطبيعة الحال يتردد في التخلي عن السلوك (استخدام قوة الإرادة). فطلب منه المعالج أن يحاول جعل نفسه يصاب بسكتة في الدماغ باستخدام قوة الإرادة. وقد دهش من هذا الاقتراح وأشار إلى أن هذا شيء مستحيل وبعد مناقشة الموضوع مع المعالج استطاع تعميم هذا الاستنتاج على قدرته على منع السكتة الدماغية بقوة الإرادة وقد استطاع بعد ذلك التوقف عن هذا السلوك خارج الجلسات وانخفضت أيضاً درجة قلقه حول إصابته بهذا المرض .

ومن الممكن استخدام فنيات أخرى كأن يسأل المعالج المريض : هل بإمكانك تحديد ما الذي سيقنعك تماماً بأنك لا تعاني من هذا المرض (الذي يخافه) ثم يقوم المعالج بدور المهتم الذي لديه شك في الموضوع : نعم ولكن هل سيكون ذلك مقنعاً فعلاً ؟ كيف تستطيع التأكد من دقة الفحوص أو من قدرة من يقوم بها على تفسيرها ؟ وهكذا . وذلك بهدف إيضاح أن التأكد من خلو

الشخص من الأمراض تماماً غير ممكن مثلما هو الحال مع معظم ما يمكن أن يتعرض له الإنسان من خطر؛ من المستحيل أن يتأكد أي شخص بأنه لن يتعرض لشيء ما ١٠٠% .

التطمين : يؤدي التطمين إلى انخفاض مؤقت في مستوى القلق وإلى الإلحاح في طلب المزيد من التطمين فيما بعد وبالتالي استمرار المشكلة لذا فإن علاج توهم المرض يرتكز بشكل أساسي على تشجيع المريض على التوقف عن البحث عن التطمين بأشكاله المختلفة (من الأصدقاء، من الأهل، من الطبيب ومن المعالج) .

ومن الممكن لتحقيق هذا الهدف إبرام اتفاق مع المريض على عدم القيام بزيارة الطبيب للتأكد من خلوه من الأمراض لمدة شهرين أو ثلاثة إلا في حالة وجود مرض تجب متابعته أو الحصول على دواء أو حالة تستدعي زيارة الطبيب غير الشكوى المعتادة التي سبق وأن بلّغ المريض من قبل الأطباء بأنها لا تشكل مشكلة صحية بالنسبة له ، كتجربة سلوكية لمعرفة ما الذي سيحدث للقلق إذا ما توقف المريض عن زيارات الأطباء . وهذا أمر صعب جداً بالنسبة للمريض ولكنه هام في العملية العلاجية .

بعد البدء في هذه التجربة قد يلجأ المريض إلى طلب التطمين من المحيطين به (العائلة مثلا) وهنا من المستحسن إبلاغهم بعدم تقديم التطمين للمريض والاكتفاء عند الحاجة بالقول بأنهم توقفوا عن ذلك بالاتفاق مع المعالج. وقد يقوم المريض بطلب التطمين من المعالج .

المريض : لم أتصل بالطبيب هذا الأسبوع .

المعالج : ممتاز .. وما هي أخبارك .

المريض : كل شيء على ما يرام ، لدي هذا الانتفاخ في ذراعي، وأعرف أنك سوف تطلب مني زيارة الطبيب إذا كنت تعتقد أن الأمر يستدعي ذلك .

المعالج : أنا لست طبيباً (أو لست متخصصاً في هذا النوع من الشكاوي- إذا كان المعالج طبيب نفسي) لذا لا أستطيع الحكم عليه . ما رأيك

أنت ؟.

المريض : (قد يغضب) لماذا لا تقول لي هل هو شيئا خطيرا أم لا ، سوف أشعر بالارتياح إذا أخبرتني بأن ليس في الأمر خطورة ، لماذا تتركني أعاني من القلق .

المعالج : لو كنت أعتقد أن تطمينك سوف يحل المشكلة لقمت به . ولكن كما تبين من خلال متابعتك لسير المشكلة أن التطمين يريحك بصورة مؤقتة ، ثم تعود المشكلة بعد ساعات بشكل أشد من السابق ، ولكن ما الذي سيحدث لو لم تحصل على التطمين ؟

المريض : لا أعرف لأنني في العادة أحصل عليه .

المعالج : أعرف ذلك وهذا هو الهدف من التجربة : معرفة ما سوف يحدث . قد تشعر بالقلق ولكن حاول تحمله وراقب ما يحدث لكي نعرف ما يحدث للقلق بعد ذلك خلال الأسبوع القادم .

ما يحدث في الواقع هو أن القلق يخف خلال ساعات أو أيام ، ثم يختفي كلية تقريباً ، عندما يتوقف المريض عن طلب التطمين وهذا ما سوف يكتشفه المريض .

وخلال هذه الفترة التجريبية يستمر المعالج بالتعامل مع الأفكار السلبية والسلوكيات غير الفعالة باستخدام الفنيات التي ذكرت في الصفحات السابقة للحصول على أكثر قدر ممكن من الفائدة .

قد يظل عدد قليل من المرضى يعاني من القلق حول صحته أو أن المشكلة تعود إليه بعد التحسن وفي هذه الحالة من الأفضل أن يحاول المعالج التعرف على ما إذا كان لدى المريض بعض الافتراضات التي تكونت لديه في مراحل مبكرة من حياته مثل (إذا كان كل شيء على ما يرام فهذا يعني أن شيئاً سيحدث) أو (القلق حول المرض يبعده) وفي هذه الحالة يقوم المعالج مع المريض بتفحص هذه الافتراضات والتعامل معها باستخدام سجل الأفكار والتجارب السلوكية، وحل المشكلات (Salkovskis & Bass, 1997; Padesky, 1994) .

الفصل السابع عشر: النموذج والخطة العلاجية الاستعرافية السلوكية لاضطرابات الأكل

النموذج الاستعرافي لاضطرابات الأكل

فقدان الشهية العصبي والشره العصبي (Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa)

قدم فيربيرن ١٩٨١ Fairburn نموذجا استعرافيا وطريقة علاجية منتظمة للشره العصبي بناء على رؤية بك للاضطرابات النفسية وعلاجها وقام قارنر وبمز ١٩٨٢ Garner & Bemis بالشيء نفسه بالنسبة لفقد الشهية العصبي وكان لهذين النموذجين منذ أن تم نشرهما أثرا ملحوظا على التعامل مع فقدان الشهية والشره العصبي (In: Vitousek, 1997) .

ومن الممكن تقسيم الخصائص المرضية الرئيسية لفقد الشهية العصبي والشره العصبي إلى: أولا: خصائص محددة تشتمل على : (١) اهتمام زائد حول الوزن وشكل الجسم وربط ذلك بتقويم المريض لذاته (٢) سلوكيات تهدف إلى التحكم بالوزن وبشكل الجسم (نظام حمية قاسي ، استفراغ مقصود ، إساءة استخدام للمسهلات ومدرات البول، ومبالغة في ممارسة التمارين (وبالذات في فقدان الشهية العصبي) (٣) اللجوء المتكرر للأكل بشراهة (وبالذات في الشره العصبي) وثانيا: خصائص عامة تشتمل على : (أ) أعراض قلق وأعراض اكتئابية مختلفة (ب) وساوس (وبالذات في فقد الشهية العصبي) (ج) ضعف في التركيز و (د) حياة اجتماعية محدودة (Fairburn & Cooper, 1989) .

وبالنظر في مجمل سلوكيات مريضات فقد الشهية العصبي والشره العصبي من منظور استعرافي في محاولة لاستخلاص نموذج لتطور واستمرار هذين الاضطرابين تبعا للنظرية الاستعرافية نجد أن الجواب الاستعرافية تلعب

دورا أساسيا في تطور هذين المرضين حيث تسيطر فكرة الخوف الشديد من السمنة على مريضات فقد الشهية العصبي والشره العصبي وينتج عن ذلك عدد من الاتجاهات والقيم تجاه الوزن وشكل الجسم التي توجه بالتالي معظم سلوكيات اللاتي يعانون من هذين الاضطرابين باستثناء الأكل بشراهة (Binge eating) الذي لا يمكن عزوه بصورة مباشرة للجوانب الاستعرافية حيث أن هناك عوامل فسيولوجية تؤدي إليها الحمية القاسية التي يمارسنها المريضات وتدفعهن في وقت لاحق إلى الأكل بنهم شديد مع ملاحظة أن أسلوبهم في الحمية ، بالطبع هو الذي يقودهم للأكل بشراهة .

وتكشف البناءات الاستعرافية (المخطوطات) لبعض هؤلاء المريضات عن وجود بعض الشكوك في قدراتهن الأدائية في جوانب كثيرة تؤدي بهن إلى استخدام شكل الجسم وبالذات وزنه كمحك لتقويم الذات لأن شكل الجسم ووزنه من الأمور التي من الممكن التحكم فيها قياساً على المناحي الحياتية الأخرى وأن الحمية وفقدان الوزن من الأمور التي تدعّم من بقية أفراد المجتمع . ولكن في الوقت الذي يأمل فيه هؤلاء المريضات أن تؤدي النحافة إلى تقبلهم لذواتهم فإن تقويمهن السلبي لأنفسهن يحول بينهم وبين هذا التقبل المنتظر ويجعلهم يبالغن أكثر في البحث عن النحافة .

كما أنه بالإمكان عزو التشدد في تنفيذ الحمية، (متى تأكل المريضة ؟ وماذا يجب أن تأكل وما الكمية المسموح بها ؟)، لدى مريضات فقد الشهية العصبي والشره العصبي إلى ميلهم إلى ثنائية التفكير والكمالية . تدفع الكمالية المريضات هنا، والتي تؤثر في جوانب أخرى من حياته، إلى وضع معايير عالية لنفسه ، أما ثنائية التفكير بالإضافة للكمالية فتجعل المريضة ينظر إلى أي خروج، مهما كان حجمه، عن خطة الحمية كفشل في تطبيقها .

ومع أن نوبات الأكل بشراهة قد تحدث لأسباب فسيولوجية (كما ذكر) فكثيراً ما تسبق فترات كسر قواعد الحمية التي تسبق عملية الأكل بشراهة بوجدانات سلبية تضعف قدرة المريضة على المحافظة على حميتها . ويبدو أن

للأكل بشراهة دورا في تخفيف درجة هذه الوجدانات السلبية. ويتم ذلك من خلال الشعور بالارتياح الذي يصاحب الأكل بشراهة، المدلولات الإيجابية لأكل أنواع معينة من الطعام ، الشعور بالنعاس الذي يعقب أكل كميات كبيرة من الحلويات والنشويات ، والارتياح الذي يعقب الاستفراغ الذاتي . لكن هذا سرعان ما يزول وتبدأ المريضة في لوم نفسها وفي الخوف من زيادة الوزن وبالتالي تعد المريضة نفسها بمضاعفة جهودها للحفاظ على الحمية وينتهي بها الأمر إلى حلقة مفرغة تساعد على استمرار مشكلته .

ومما يعزز استمرار هذه الحلقة المفرغة أيضاً أن المريضة يمارس الاستفراغ الذاتي ويسيء استخدام المسهلات ومدرات البول كعملية تعويضية للأكل بشراهة وبالتالي زوال عوائق هذا السلوك: الاستفراغ وتناول المسهلات والمدرات تعمل كمدعمات للأكل بشراهة لأن المريضة يعتقد أن هذه الممارسات تحد من السعرات الحرارية التي قد تزيد من وزنها (Blackburn & twaddle, 1996) . كما أن المريضة التي تمارس الاستفراغ الذاتي يتمادى في أكل كميات كبيرة من الطعام لأن ذلك يسهل عملية الاستفراغ (Fairburn, 1997). وعلى هذا الأساس من الممكن اعتبار الأكل بشراهة انعكاساً للاعتقادات التي يتبناها المريض (Wilson & Fairburn, 1993) . ويتضح من ذلك كله أن المريضة تطور نظاماً مترابطاً من السلوكيات التي تحافظ على اضطرابها .

وبالنسبة لفقد الشهية العصبي تساعد عواقب نفسية وفسيولوجية معينة للجوع كما يرى قارنر وزملائه Garner et al في استمرار المشكلة؛ طقوس الأكل تبطئ عملية الأكل وتشجع على التصلب في خطة الحمية ، انخفاض درجة تحرك الأمعاء يعطي المريضة إحساساً بالشبع حتى بعد تناول كميات قليلة من الطعام ، سيطرة الأفكار حول الأكل والطعام تزيد من قلق المريض حول الأكل ، انخفاض المزاج يزيد من درجة التقويم السلبي للذات وبالتالي الاعتماد على الشكل والوزن كمحددين لقيمة الشخص والانسحاب الاجتماعي يزيد من درجة الوعي بالذات والتركيز على الشكل والوزن . ويضاف إلى ذلك

عامل آخر من العوامل المساعدة على استمرار المشكلة بالنسبة لمريضات فقد الشهية العصبي وهو أن الكثير منهن لا يعترفن بوجود مشكلة لديهم بل أحياناً يرون أنهم حققوا ما يصبون إليه، بخلاف الحال لدى معظم مريضات الشره العصبي اللاتي يبدين استياء من سلوكهم ويظهرن رغبتهن في الحصول على المساعدة (Fairburn, 1997) .

العلاج الاستعرافي السلوكي لاضطرابات الأكل

علاج الشره العصبي Bulimia Nervosa

كما أشير إلى ذلك في النموذج الاستعرافي لاضطرابات الأكل تؤدي توقعات الآخرين حول النحافة والبدانة إلى ميل بعض الى الناس اتباع الحمية التي قد تؤدي بالبعض إلى الأكل بشراهة ثم إلى محاولة التخلص من الأكل . وعلى هذا الأساس فان إحدى المهام الرئيسية للعلاج تكمن في تشجيع المريضة على تناول الأكل بشكل عادى وعلى التوقف عن الاستفراغ، إن وجد، وتناول الأطعمة التي كانت تتفادى تناولها بالاضافة تدريبها على تحديد وتفحص الأفكار غير الفعالة حول شكل ووزن الجسم وعلى حل المشكلات (Agras et al, 1989) .

ويتكون العلاج من ثلاث مراحل : (١) التعريف بالنموذج الاستعرافي للمشكلة وكذلك استبدال طريقة الأكل غير المرغوبة بأنماط أكل عادية (٢) الاستمرار في محاولة تعويد المريضة على الأكل بطريقة صحية والتخلص من الحمية واستخدام الفنيات الاستعرافية للتعامل مع الاعتقادات غير الفعالة التي تساعد على استمرار المشكلة و(٣) التركيز على كيفية المحافظة على التغييرات التي حدثت نتيجة للعلاج . يتم العلاج بشكل تراكمي: *إجراءات المرحلة الثانية تضاف إلى الإجراءات المرحلة الأولى والثالثة إلى الثانية،*

وليس البدء في استخدام فنيات معينة والتخلي عن الفنيات التي سبقتها .

المرحلة الأولى :

١- شرح النموذج الاستعرافي لاضطرابات الأكل

٢- يطلب من المريضة القيام بالمراقبة الذاتية وتسجيل ما تأكل والوقت الذي أكلت فيه والمكان والظروف التي حصل فيها الأكل والأفكار التي ظهرت قبل وخلال فترة الأكل ومراجعة ما تم تسجيله في الجلسة القادمة .

٣- المراقبة الذاتية للوزن. تقوم المريضة بوزن نفسها وتسجيل وزنها مرة في الأسبوع (المعالج لا يقيس وزن المريضة إلا في الجلسة الأولى ، وربما في الأخيرة تفادياً لتحول الجلسة العلاجية إلى مناقشة الوزن على حساب الجوانب العلاجية الأكثر أهمية). ولأن المريضة تهتم كثيراً بالوزن وقد تبنى عليه استنتاجات كثيرة فمن الأفضل تشجيعها على تأجيل الاستنتاجات حتى مرور ٤ أسابيع على الأقل.

٤- تنظيم عملية الأكل وتقديم المعلومات الصحيحة حول الطعام والسمنة للمريضة : لدى الكثير ممن يعانون من اضطرابات الأكل الكثير من المعلومات غير الدقيقة حول مسببات السمنة وطرق تخفيف الوزن لذا فإن من النقاط المهمة في العلاج محاولة تصحيح هذه المعلومات وتشجيع المريضة على التعامل مع الطعام بناء على حقائق علمية وليس على اعتقادات تفتقر إلى الدعم العلمي .

يطلب من المريضة أن تحصر أكلها في ثلاث وجبات يومياً بالإضافة إلى أكلتين أو ثلاث أكلات خفيفة دون اللجوء إلى الاستفراغ أو إلى أي سلوكيات يهدف تفادي زيادة الوزن ويفضل أن لا تزيد الفترة بين الوجبات عن ثلاث ساعات وبهذا الإجراء تتخلص المريضة من الطريقة الشائعة في التعامل مع الطعام لدى هذا النوع من المريضات وهو الأكل بشراهة ثم

محاولة الإحجام عن تناول الطعام . بالطبع من المفترض أن يراعي المعالج عند تقديمه لهذا الاقتراح ، ظروف المريضة وتطبيقه بالتدريج إذا وجد أن هناك صعوبة في تكيف المريضة معه (البدء بالصباح ثم بقية اليوم مثلاً) .

من المتوقع أن تمانع بعض المريضات هذا النظام الغذائي (تناول ثلاث وجبات وثلاث وجبات خفيفة) اعتقاداً منهن أن ذلك سوف يؤدي إلى زيادة أوزانهن . وعلى المعالج التأكيد لهن بأن وزنهن لن يزيد لأن هذه الطريقة تؤدي إلى الإقلال من تكرار الأكل بشراهة وبذا يقل احتمال زيادة الوزن باتباع هذا الأسلوب الجديد عليهن.

وتقدم هذه الطريقة للمريضة كتجربة سلوكية تظهر للمريضة أنه بإمكانها أكل وجبات عادية ووجبات خفيفة دون حدوث زيادة في الوزن لديها. ولزيادة قدرة المريضة على اتباع هذا النظام الغذائي يقوم المعالج بتشجيعها على التعرف على السياقات التي تزيد من احتمال تناولها للطعام بشراهة ومن ثم القيام بسلوكيات تضعف هذا الاحتمال (الاتصال بأقارب أو صديقات أو زيارتهن ، ممارسة بعض الهوايات ،أو عمل شيء ما) .

ومن العوامل المساعدة أيضاً تشجيع المريضة على التوقف عن تناول الملينات ومدرات البول التي لم تثبت فعاليتها في منع زيادة الوزن (من المحبذ تزويد المريضة ببعض المعلومات الخاصة بالغذاء مثل الكتيبات الخفيفة أو الكتب التي توضح للمريضة كيفية حدوث زيادة الوزن وكيفية الحد من ذلك) . وبالإضافة إلى ذلك قد يكون من المفيد مقابلة المريضة مع أهلها أو زوجها أو أولادها وذلك لأبعاد صفة السرية عن المشكلة التي تساعد على استمرارها والإقلال من إمكانية قيام المريضة بتناول كميات كبيرة من الأكل ومحاولة التخلص منها دون علم أحد كما أن مقابلة الأقرباء تجعل البيئة التي تعيش فيها المريضة بيئة ملاءمة لتطبيق المريضة لخطوات العلاج وبالتالي الاستفادة منه.

المرحلة الثانية : ويتم فيها التأكيد على الاستمرار في الأكل بطريقة اعتيادية والاستمرار في ممارسة السلوكيات البديلة والقياس الأسبوعي للوزن

والتعامل مع أفكار المريضة حول الحمية وشكل الجسم والوزن والأفكار غير المتكيفة حول الأكل بصورة عامة باستخدام ما يناسب من التقنيات الاستعرافية السلوكية (الأسئلة السوقراطية وسجل الأفكار والتجارب السلوكية). وكما أشير إلى ذلك من قبل من الأهداف الرئيسية للعلاج التخلص من الحمية والأكل بطريقة اعتيادية . وفي هذه المرحلة يجب على المعالج مناقشة مسألة تفادي المريضة لبعض أنواع الأكل ومحاولة تعويدها عليها بالتدريج بدأ بنوع الطعام الذي يلقى أقل مقاومة من قبل المريضة حتى يتم التخلص من القلق حول تناول بعض أنواع الطعام وتناولها ضمن الوجبات العادية والوجبات الخفيفة التي تتناولها المريضة . كما يجب أيضاً تشجيع المريضة على تناول كميات معقولة من الطعام والتساهل في مسألة عدد السعرات الحرارية. وبعد أن يصبح الأكل بشراهة إجراء نادر الحدوث من المفضل تدريب المريضة على تحديد الظروف التي يحدث فيها ذلك والتعامل معها بالطريقة الملائمة .

وإلى جانب ذلك يتم تدريب المريضة على التعامل مع الأفكار غير الملائمة حول شكل الجسم ووزنه: لدى اللاتي يعانين من اضطرابات الأكل الكثير من الاعتقادات غير الدقيقة والتي تساهم في استمرار المشكلة؛ الخلط بين الشعور بأن الشخص بدين وبين كونه بدين فعلاً . وهنا تشجع المريضة على تفحص الأمور التالية : متى يصبح الشخص بديناً ؟ وهل وزني فعلاً قريب من ذلك ؟ هل تقاس البدانة بحجم الملابس ؟ ما الوزن الذي يعتبر عنده الآخرين أنفسهم بدناء ؟ كما يجب التعامل مع بعض الاعتقادات الناتجة عن أخطاء في أساليب التفكير ومن ذلك اعتقاد المريضة (أن كل مشاكلها ستحل إذا ما استطاعت بلوغ وزن معين ، أن كل مشاكلها ناتجة عن زيادة وزنها ، وأن النساء النحيفات ناجحات في حياتهن).

ومن المفضل أن يستخدم المعالج بالإضافة إلى الأسئلة السوقراطية بعض التجارب السلوكية لتفحص الاعتقادات غير الفعالة لدى المريضة : على سبيل المثال يطلب من المريضة أن تقوم بحصر النساء التي تعتبرهن جميلات وملاحظة أوزانهن . سوف تكتشف المريضة أن أوزان الكثير منهن أكثر من

الوزن المثالي بالنسبة لها . وكذلك تشجيعها على عدم تفادي حضور المناسبات بسبب وزنها ثم مناقشة ما تلاحظه في هذه المناسبات ومناقشة ما دار في ذهنها من أفكار(في الغالب لن يحدث لها ما توقعته من أشياء سلبية في مثل هذه المناسبات) .

المرحلة الثالثة : وفي المرحلة الأخيرة من العلاج يشرح المعالج للمريضة أنه من غير المعقول أن تتوقع المريضة أنها لن تقدم على الأكل بشراهة نهائيا وأن حدوث ذلك لا يعني عودتها إلى أسلوبها القديم في الأكل . لقد تعلمت المريضة الكثير من المهارات، خلال فترة العلاج، للتعامل مع المشكلة وبإمكانها تطبيق ذلك عندما تواجه بعض المشكلات بعد انتهاء فترة العلاج (Fairburn, 1997) .

علاج فقدان الشهية العصبي Anorexia nervosa

بصورة عامة من الممكن إجراء بعض التعديلات على الفنيات الاستعرافية السلوكية لعلاج الشره العصبي ومن ثم استخدامها مع مرضى فقدان الشهية العصبي ، لأن العوامل التي تساعد على استمرار المشكلة متشابهة وكذلك الجوانب الاستعرافية السلوكية لدى من يعاني من هذين النوعين من اضطرابات الأكل . ويمكن حصر الفروق بين علاج الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي في أن علاج الأخير يتطلب مراعاة : (١) ضعف الدوافع للعلاج لدى هؤلاء المريضات و(٢) معالجة ما يحدث لهن نتيجة لعملية التجويع التي يعرضون أنفسهن لها .

تعاني مريضة فقدان الشهية العصبي من تدني في مستوى مفهوم الذات وتفتقر إلى الدافعية للعلاج وتقاومه وهكذا يتطلب الأمر من المعالج أن يبذل المزيد من الجهد لتشجيع المريضة على تقبل العلاج والمشاركة فيه . من الضروري أن يوحي المعالج للمريضة بأن العملية العلاجية لا تهدف إلى جعلها تسلم بعدم معقولية اعتقاداتها بقدر ما هي دعوة لها للنظر فيما تقوم به وتفحصه ثم الحكم عليه بالتعاون مع المعالج. كما يجب جعل المريضة تشعر

بأن المعالج يقوم بما يقوم من أجلها وليس من أجل أقاربها.

تتطلب مساعدة هذا النوع من المريضات أن تكون لدى المعالج القدرة على بناء علاقة علاجية تعاونية داعمة بهدف إيجاد الدافع لدى المريضة لتقبل العلاج والعمل على التصدي للمشكلة. وبالإضافة إلى ضعف الدافعية للعلاج لدى هؤلاء المريضات فإن الكثير منهن يجدن صعوبة في الاعتراف بوجود مشكلة لديهن وهناك ما يشير إلى أن تزويدهن بمعلومات عن طبيعة المرض تساعد في جعلهن يدركن وجوده لديهن .

ومن الفنيات الاستعرافية التي تفيد هنا فنية المزايا والعيوب (انظر الفنيات المستخدمة لاستبدال المخطوطة في الباب الثاني) حيث تساعد المريضة في الاستمرار في نظام الأكل التي تتمسك به . وفي هذه الفنية يطلب من المريضة تحديد مزايا تمسكها بسلوكها الحالي وكذلك تكلفة التمسك بهذا السلوك.

وبالإضافة إلى مشكلة الدافعية للعلاج لدى هؤلاء المريضات فقد يكون من الصعب ضمان تعاونهن مع المعالج بالشكل المطلوب ما لم يتم تعديل أسلوبهن القاسي في تناول الطعام من خلال حثهن على الأكل بشكل طبيعي كما هو الحال مع مرضى الشره العصبي ، وهو الأمر الذي يصبح ممكن التحقيق بعد أن يتم بناء علاقة علاجية تعاونية جيدة في الجلسات الأولى من العلاج . وتجدر الإشارة إلى أن عملية استعادة الوزن قد تستغرق وقتاً طويلاً في حالة عدم تنويم المريضة في المستشفي لذا فمن الممكن تنويم المريضة لاختصار مدة استعادة الوزن (أو إذا كانت حالة المريضة تستدعي ذلك) ثم إكمال العلاج كمريضة خارجية. ويحبذ خلال محاولة زيادة وزن المريضة عن طريق الوجبات والوجبات الخفيفة الاتفاق على حد معين للوزن تصل إليه المريضة (٢-٣ كيلو أكثر أو أقل من الوزن الطبيعي لمن هن في سن وطول المريضة) مع التأكيد على أن المعالج حريص على أن وزن المريضة لن يتجاوز الحد المتفق عليه .

وفي المراحل الأخيرة من العلاج يتم التركيز بشكل أكبر على ميل المريضة نحو الكمالية وعلى العلاقات البينشخصية وعلى محاولة إعادة البناء الاستعرافي للمريضة (إيجاد بدائل للأفكار غير الفعالة حول شكل الجسم والوزن والحمية على سبيل المثال) (Vitousek, 1996; Fairburn, 1997; Fairburn and Cooper,1991).

الفصل الثامن عشر: النموذج والخطة العلاجية الاستعرافية السلوكية لاضطراب استخدام المواد المخدرة

النموذج الاستعرافي لاضطراب استخدام المواد المخدرة

يميل الباحثون في مجال الاعتماد على المخدرات إلى الاعتقاد بأن هـذا الاضطراب يُسبق بتكوين مخطوطة (تحتوى على أفكار معينـة) بنـاء علـى الخبرات السابقة للفرد . ومع أن هذه المخطوطة قد لا تقود بـالضرورة إلـى استخدام المخدرات ولكنها، نظراً لأنها مخطوطة غير متكيفة، تجعـل الفـرد عندما تتوفر الظروف المساعدة على استخدام المخدرات أكثر قابلية للاستمرار في تعاطيها. وتبعاً للنموذج الاستعرافي لاضطراب استخدام المواد المخـدرة فان الفرد يصل إلى مرحلة الاعتماد على المواد المخدرة بعد حدوث العديد من التحولات الاستعرافية التي تبدأ بعد تعرضه لأحداث حياتيـه سـلبية مرتبطـة بالعائلة أو المجتمع أو الحالة الاقتصادية أو غير ذلـك . يلـي ذلـك تكـوّن المخطوطة والأفكار المرتبطة بها مثل (أنا شـخص وضيـع) (لـن يتحسـن وضعي) (لا أستطيع تحمل المشاعر المؤلمة) و(المشكلات شيء لا يطاق) وقـد يصدف بعد ذلك مروره بظروف تدفعه للتعـاطي (كتجربـة) كـأن يشـجعه أصدقاؤه أو أن يكون أحد أفراد عائلته من متعاطي المخـدرات أو أن البيئـة الاجتماعية التي يعيش بها تلصق بالتعاطي بعض الخصائص الإيجابيـة وقـد تتكون لدى الفرد بعد ذلك عدد من الاعتقادات حول المخدرات مثل (المخدرات تحسن مزاجي) ، (استمتع بأوقـات سـعيدة مـع أصدقـائي إذا اسـتخدمت المخدرات)، و(تجمعني المخدرات بأناس متميزين) وبعد ذلك يستمر الفرد فـي التعاطي وتزداد اعتقاداته قوة وسيطرة عليه . ومن الممكن إيجاز ما يحدث بعد

ذلك على النحو التالي :

(١) تعرض الفرد لمثيرات داخلية (قلق ، اكتئاب) أو مثيرات خارجية (صعوبات في العلاقات الاجتماعية ،أو وجود أفراد يتعاطون المخدرات مثلاً) تؤدي إلى :

(٢) تنشيط اعتقادات مشجعة على التعاطي (تعاطي الكحول أو التدخين سوف يريح أعصابي ؛ سوف أكون مشدود الأعصاب إذا لم استخدم المخدر) يلي ذلك :

(٣) الأفكار التلقائية (استخدم ، دخن) التي تؤدي إلى الرغبة في الاستخدام ويعقب ذلك :

(٤) اعتقادات تبرر عملية الاستخدام (سوف أتوقف عن التعاطي قريباً، مرة واحدة لن تضرني، الدنيا ما تسوى، واستخدمت أم لم أستخدم ما الفرق ؟) وبعد ذلك يبدأ التفكير في كيفية الحصول على المخدر (اتصل بالمروج ، أطلب سيجارة من أحد، وفلان عنده مشروب: أتصل به وأذهب إليه) ويؤدي ذلك إلى الاستمرار أو الانتكاس ويستمر تكرار ما ذكر في النقاط السابقة (Liese & Farnz, 1996) .

ويحدث خلال تسلسل الأفكار التي تساعد على استمرار تعاطي المخدرات بعض الظواهر الاستعرافية التي تزيد الأمر تعقيداً سواء بالنسبة للمتعاطي أو بالنسبة لمن يقوم بمساعدته على التخلص من تعاطي المخدرات . ومن ذلك أن المتعاطي يستطيع إدراك الأضرار التي تنجم عن تعاطي المخدرات ولكن عندما تنشط الأفكار المسهلة للتعاطي يصاب بما يسمى بالحاجز الاستعرافي الذي يغيّب (لا يسمح) المعلومات الخاصة بالأضرار البعيدة المدى للمخدرات عن الذاكرة العاملة ويجعل تفكيره محصوراً في عملية استخدام المخدر (Beck, Wright, . Newman, & Liese, 1993) .

وقد تظهر الرغبة الملحة للتعاطي بصورة تبدو غامضة وغير متوقعة

بالنسبة للمريض وذلك لأن الرغبة في التعاطي تستثار بمثيرات قد لا تخطر على بال المريض خلال فترة العلاج وبالتالي فإنه لم يهيئ نفسه للتعامل معها كمثيرات محتملة وما يحدث هنا هو " أن تعرض المدمن لتكرار الترابط بين أعراض الانسحاب المؤلمة وبين بعض العناصر في بيئته: مثل موجودات المكان من أثاث وغيره ، يعطي تلك العناصر بعض خصائص إثارة أعراض الانسحاب ، بحيث أنه من الممكن حتى بعد الانقطاع التام عن المخدر أن تثير هذه العناصر وحدها الشعور بأعراض الانسحاب المؤلمة "(الدخيل ، ١٩٩٠ ، ص١١٦) أي أن هذه العناصر أصبحت مثيرات مكيفة (Conditioned Stimuli) تؤدي إلى استجابات انسحابية مكيفة تبعا للنموذج التكيفي الكلاسيكي، ويفسر المتعاطي هذه الاستجابات كرغبة في استخدام المخدر حسبما أشارت إليه دراسات ميلشوير وتابكوف Melchior & tabakoff 1984 و وست وشنايدر١٩٨٧ est & Schneider (In: Tiffiany,1990).

كما أنه من الممكن أن تحدث السلوكيات المرتبطة بتعاطي المخدر، نتيجة لتكرارها، بصورة آلية قد لا تتطلب وعي المتعاطي بما يقوم به من إجراءات تنتهي باستخدام المخدر. فقد يمارس المدخن أو متعاطي بعض المخدرات الأخرى الطقوس المتعلقة بهذه العادات وهو يتحدث إلى شخص آخر ، كما يحدث في قيادة السيارة أو السلوكيات الأخرى المتعلمة التي يمارسها الناس بصورة متكررة (Tiffiany,1990). وتكرار التعاطي بهذا الشكل لا يمثل عائقا أمام التدخلات العلاجية للتعاطي ولكن من الضروري أن يؤخذ بعين الاعتبار من قبل مقدم المساعدة للمتعاطي.

العلاج الاستعرافي السلوكي لاضطرابات استخدام المواد المخدرة

يبدأ العلاج باستخدام التقويم الاستعرافي السلوكي لتحديد المشكلة

والسياق الذي تحدث فيه والتوصل إلى صياغة استعرافية للمشكلة (وفقا للنموذج الاستعرافي لاضطراب استخدام المواد المخدرة) واستخدام الأسئلة السوقراطية والاكتشاف الموجه (والتجارب السلوكية وحل المشكلات عند الحاجة) وسجل الأفكار(الباب الثاني) لتحديد وتفحص إيجاد بدائل للأفكار التلقائية التي تساعد على استمرار مشكلة التعاطي وكذلك ما يظهر من أعراض قلق واكتئاب لدى المريض واستخدام الفنيات الخاصة باستبدال المخطوطة (الباب الثاني) عند الضرورة (Padesky, 1996) .

وهناك بعض الاعتبارات التي يجب التنبه لها خلال التعامل مع هذه الفئة من المرضى :

<u>أولا : ضرورة بناء علاقة علاجية تعاونية مبنية على المصارحة والاحترام الصادق مع المريض :</u>

هذا النوع من العلاقة مطلوب مع جميع المرضى ولكن الذين يعانون من اضطراب استخدام المواد المخدرة يعانون أيضا من الشعور بالعار ويعانون من عدم تقبل الناس لهم وهذا الشعور يشمل حتى المدخنين في الوقت الراهن لذا يشعر متعاطي المواد المخدرة بالحرج عندما يحاول البحث عن المساعدة للتخلص من مشكلته وقد يجد صعوبة في الثقة في من سوف يقدم هذه المساعدة. ويتصور بعض المتعاطين أن من لا يتعاطى المخدرات لا يستطيع فهمهم وقد يتخذون مواقف دفاعية إذا تطرق أهلهم ومعارفهم لمشكلتهم. وللتغلب على هذه المشكلة لابد من إظهار التعاطف (أنظر الفصل الخامس: العلاقة بين المعالج والمريض في العلاج الاستعرافي السلوكي) مع المريض وتشجيعه على إبداء رأيه (تغذية راجعة) فيما يقوله المعالج .

كما يجب على المعالج تحديد اعتقاداته هو حول المتعاطي ومحاولة الحد من تأثيرها بشكل سلبي على العملية العلاجية: لدى بعض المعالجين اعتقادات حول من يتعاطى المخدرات مثل(كل المتعاطين على شاكلة واحدة) و (يعتقد أنني غبي) . وقد تثارمثل هذه الاعتقادات بأي سلوك غير مرغوب يقوم به

المريض (عدم اظهارالتوجس من التعاطي، التأخر ، عدم المصارحة أو عدم المصارحة) . وعند ملاحظة هذه السلوكيات من المفضل أن يعكس المعالج ما قاله المريض (يبدو أنك غير منزعج من تعاطي ...) . فإذا كانت استجابة المريض تنم عن تقبله لاستجابة المعالج شرع المعالج في استكشاف الاعتقادات الكامنة وراء سلوك المريض . أما في حالة اتخاذ المريض موقفا دفاعيا تجاه ملاحظة المعالج فمن المستحسن أن يظهر المعالج التعاطف مع موقف المريض ويحاول استكشاف اعتقاداته المسئولة عن دفاعيته(Liese & Franz, 1996).

<u>ثانيا : تطبيق الفنيات الاستعرافية السلوكية التي تم ذكرها (في هذا الكتاب) وفقا للنموذج الاستعرافي لاضطراب المواد المخدرة ويشتمل ذلك على:</u>

١- تحديد العوامل التي قد تدفع المريض للتعاطي (الاكتئاب القلق ، الصعوبات في العلاقات الاجتماعية، الضغوط النفسية ، بعض الأماكن أو الناس) والتعامل معها أو تجنبها . ولكن بطبيعة الحال ، هناك مثيرات يصعب تحديدها أو الابتعاد عنها (قد تستثار الرغبة في التعاطي لدى المريض بالنظر إلى إعلان مضاد لتعاطي المخدرات ، على سبيل المثال لهذا لابد من تدريب المريض على كيفية الصمود أمام هذه المثيرات التي يصعب تفاديها من خلال :

٢- تعديل الأفكار التي تولد الرغبة الملحة لاستخدام المخدر مثل (الاعتقاد بأن المخدر سوف يحل مشكلات المريض) والتعامل مع مشكلات المريض النفسية والاجتماعية (الاكتئاب ، القلق ، العلاقات الاجتماعية غير المرضية .... الخ) .

٣- مساعدة المريض على وضع الرغبة الملحة للتعاطي في مكانها الطبيعي . تأتي الرغبة الملحة في التعاطي ثم تزداد وفي النهاية تخمد إذا لم يستجب لها المريض: تدوم بضع دقائق (تفصله عن النجاح في التخلص من المشكلة) ثم تزول أما إذا استجاب المريض واستخدم المخدر فان الرغبة تعود بصورة متكررة . أحيانا يتعاطى المريض المخدر بوجود رغبة بسيطة في

استخدامه وأحيانا لا يتعاطى مع وجود رغبة جامحة في التعاطي . وهذا دليل على أن بإمكان المريض عدم الاستجابة لهذه الرغبة .

٤- وجود الرغبة الملحة لا يعني بالضرورة أن المريض سوف يتعاطى المخدر كما أشير إلى ذلك : يرتبط التعاطي بالاعتقادات التي تبرر الاستخدام؛ الاعتقادات التي تقلل من عواقب الاستخدام أو تنفي الصفة السلبية عنه (لا بأس من استخدامه هذه المرة فقط) و (لم أسرق مال أحد لشرائه) و (لن أتسبب في أذى أحد) . تذكير المريض بأن هذه الاعتقادات عبارة عن حجج ضعيفة (خداع للذات) لتبرير الاستخدام يساعده على تقويمها وإيجاد البدائل المتكيفة لها .

٥- إيجاد سلوكيات بديلة للأساليب التي يقوم بها المريض للحصول على المخدر . أحيانا تبدو وكأنها غير مرتبطة بالمخدر: كأن المسألة مصادفة مثل (الذهاب لمكان يعرف المريض أن مروج المخدرات يتواجد حوله) .

٦- التأكيد على أن استخدام المخدر لمرة واحدة بعد التوقف لا يعني العودة إلى المشكلة.

يقوم المعالج بمساعدة المريض على إدراك هذه العوامل ويدربه على استخدام الفنيات التي يمكن استخدامها للتعامل مع هذه العوامل دون الحاجة إلى استخدام المخدرات .

أحيانا يجد المريض صعوبة في تحديد الأشياء أو الأفكار التي تسبق التعاطي ، إما لأنها غير متوقعة (تكييف شرطي) أو لأن استخدام المخدر يحدث بصورة تلقائية كما أشير إلى ذلك في النموذج الاستعرافي لهذا الاضطراب ولكن بإمكان المعالج باستخدام الأسئلة المناسبة مساعدة المريض على تحديد الأشياء أو الأفكار التي سبقت لجوءه إلى استخدام المخدر ومن ثم إيجاد السبل المناسبة للتعامل معها (Cotterell, 1997) .

الفصل التاسع عشر: النموذج والخطة العلاجية الاستعرافية السلوكية للخواف الاجتماعي

النموذج الاستعرافي للخواف الاجتماعي

الخواف الاجتماعي كما يرى شامبلس وهوب هو (رغبة الفرد في الأداء الحسن، في المواقف التي يتفاعل فيها مع الآخرين أو يقع فيها تحت ملاحظتهم، مع خوفه من أنه سوف يفشل في ذلك (الأداء الحسن) وينتج عن ذلك تعرضه للارتباك أو الرفض أو التقويم السلبي (P. 345) . وهناك نوعان من الخواف الاجتماعي : ١- خواف اجتماعي محدد كما هو الحال لدى من يخاف من الحديث أو تناول الطعام أمام الناس و٢-خواف اجتماعي عام وهو الخوف من معظم المواقف التي يحتك فيها الفرد بالآخرين (Chambless & Hope, 1997).

وتشير الدراسات في مجال الخواف الاجتماعي أن لمرضى هذا الاضطراب أنماط سلوكية مرتبطة بالمواقف الاجتماعية تميزهم عن من يعانون من الاضطرابات النفسية الأخرى . ومن أهم هذه السلوكيات سرعة التقاط الدالات (Cues) على وجود خطر يهدد المريض (يتمثل ذلك في اعتقاد المريض بأنه سوف يتعرض لشيء يؤدي إلى تقليل قيمته في نظر الآخرين) في المواقف الاجتماعية (Asmundson & Stein, 1994) ، وكذلك التركيز على الذات والتقاط التغيرات الفسيولوجية والتغيرات التي تحدث في الوجه أو ضربات القلب واعتقاد المريض بأن الآخرين سوف يلاحظونها وبالتالي يكونون انطباعات سلبية عنه . والتركيز على هذين الجانبين يحد من قدرة المريض على متابعة ما يحدث في الموقف الاجتماعي بشكل متكامل مما يؤدي به إلى التوصل إلى أفكار سلبية لا تعكس فعلا ما حدث في عملية التفاعل

الاجتماعي وهكذا يمكن القول أن الأفكار السلبية لدى هؤلاء المرضى حول المواقف الاجتماعية تنبع عن تحيز استعرافي في معالجة المعلومات أكثر من كونها نتيجة للمتابعة الموضوعية لما يدور حوله خلال التفاعلات الاجتماعية . (Stopa & Clark,1993)

ويعتمد النموذج الاستعرافي السلوكي لاضطراب الخواف الاجتماعي على هذه الأنواع من السلوكيات التي تميز من يعانون من هذا الاضطراب وعلى غيرها في تكوين تصور شبه متكامل للعوامل التي تساعد على تطور واستمرار هذه المشكلة لدى من يعاني منها . ويشتمل النموذج الاستعرافي السلوكي للرهاب الاجتماعي على ثلاثة جوانب من سلوكيات المريض (١) الأفكار والسلوكيات التي تسبق الدخول في الموقف الاجتماعي (٢) ما يحدث داخل الموقف الاجتماعي و(٣) ما يحدث بعد تفادي أو الدخول في الموقف الاجتماعي .

أولا : الأفكار والسلوكيات التي تسبق الدخول في الموقف الاجتماعي:
يتكون لدى مريض الخواف الاجتماعي ، من خلال خبراته المبكرة عدد من الافتراضات التي توجه سلوكياته تجاه المواقف الاجتماعية ؛ على سبيل المثال (عدم إظهار الناس لحبهم لي يعني أنهم يكرهونني) ، (إذا لم أنل حب كل الناس فهذا يعني أنني شخص عديم الفائدة) و (إذا ظهرت علامات وجود قلق لدي أمام الناس فسوف يعتقدون أنني شخص مختلف (غير عادى) وبالتالي سيرفضونني) . وهذه الافتراضات تقود المريض إلى تفسير ما يحدث في التفاعلات العادية بشكل سلبي واعتبارها مصدر تهديد لذاته . وقبل الدخول في الموقف الاجتماعي يقوم المريض بمراجعة ما يتوقع أنه قد يحدث فيه . وعندما يبدأ في التفكير في الموقف يصبح قلقا وتسيطر عليه أفكار خبرات الإخفاق والصور السلبية لنفسه في الموقف وتوقعات سلبية لأدائه فيه ولرفض الآخرين له . أحيانا يؤدي ذلك إلى تجنب الموقف . أما إذا قرر الدخول في الموقف فسوف يكون تركيزه منصبا على نفسه مع توقع فشله فيه وغالبا ما تكون قدرته على ملاحظة المؤشرات على قبول الآخرين له أقل بكثير مما يحدث لدى

المرضى الذين لا يعانون من هذا الاضطراب.

ثانيا : ما يحدث داخل الموقف الاجتماعي: الافتراضات التي سبق ذكرها تجعل مريض الخواف الاجتماعي يرى الأمور في المواقف الاجتماعية على غير حقيقتها . فقد يفسر مريض الخواف الاجتماعي مثلا ، تصرفات الشخص الأخر الذي يتحدث معه (النظر إلى شيء موجود في مكان التفاعل مثلا) على أنها دليل على أنه شخص ممل (المريض) وهذا النوع من التفسيرات يثير برنامج القلق (anxiety program) لدى المريض الذي يشتمل على العناصر التالية (١) الأعراض الجسمية والاستعرافية التي تستثار بشعور المريض بالخطر (التهديد) ، ومن ذلك احمرار الوجه ، الخفقان ، الصعوبة في التركيز والفراغ الذهني (Mental blank). ومن الممكن أن يعتبر المريض هذه الأعراض مؤشرات إضافية للخطر المتخيل ، الأمر الذي يجعله يدور في حلقة مفرغة تبقي على القلق . على سبيل المثال قد يعتبر مريض الخواف الاجتماعي أن احمرار وجهه يعني أنه ظهر بشكل مخجل أمام الأخرين مما يؤدي إلى مزيد من الارتباك وزيادة احمرار الوجه ، وقد يعتبر ارتعاش يده دليل على أنه سيفقد السيطرة على نفسه الأمر الذي يؤدي إلى المزيد من القلق ومزيد من ارتعاش اليدين ، (٢) سلوكيات الأمان (Safety behevior) التي يمارسها المريض بهدف الحد من حدوث ما يخاف حدوثه . ومن بين هذه السلوكيات : (محاولة منع تحول اهتمام (تركيز) الأخرين عليه ، تفادي الاحتكاك البصري ، اختيار ما يقوله بعناية للتأكد من أنه سيترك انطباعا جيدا لدى الأخرين (يقدم نفسه بشكل مقبول) . وغالبا ما يكون هناك علاقة بين سلوكيات الأمان والعواقب التي يخشى المريض من حدوثها ؛ يحاول المريض الذي يخشى من اهتزاز (ارتعاش) يده وهو يتناول القهوة إمساك الفنجان بقوة عندما يشرب القهوة ، ويحاول المريض الذي يتصور أن الأخرون يعتبرون ما يقوله كلاما سخيفا استرجاع ما قاله من قبل ومقارنته مع ما سيقوله (يحدث ذلك خلال المحادثة مع الأخرين) ويتدرب المريض الذي يخشى من أن يعتقد الأخرين أنه كان قلقا ويقومونه تقويما سلبيا، إن هو توقف خلال الحديث معهم،

على ما سيقوله ويطرحه بسرعة . وهذه السلوكيات تحول دون اكتشاف المريض لعدم دقة اعتقاداته وأحيانا ترفع من مستوى الأعراض التي يخشى المريض حدوثها (كما يحدث في نوبات الفزع) .

فإمساك فنجان القهوة بقوة تفاديا لارتعاش اليد قد يزيد من درجة الارتعاش . كما أن بعض سلوكيات الأمان تؤثر سلبيا على ردود فعل الأخرين تجاه المريض : ومن ذلك أن محاولة المريض استدعاء ما قاله خلال المحادثة تجعل المحادثة تظهر بشكل متكلف قد يجعل سامعيه يستجيبون ببرود لما يقول و (٣) عندما يتصور مريض الخواف الاجتماعي أن هناك احتمالا بأن الأخرين سوف يقومونه سلبيا يبدأ بالمراقبة الدقيقة لنفسه ، يلي ذلك استخدام المريض للمعلومات التي حصل عليها من التركيز على نفسه في تكوين انطباع عن نفسه يتصور أنه يعكس ما لاحظه فيه وما يفكر فيه الأخرون عنه . وبهذه الطريقة يجد المريض نفسه في وضع تتم فيه تقوية اعتقاداته حول احتمال تكون انطباعات سلبية عنه لدى الأخرين من خلال معلومات ذاتية وبالتالي فهو يحرم نفسه فرصة اكتشاف عدم دقة اعتقاداته. لو لم يمارس المريض سلوكيات الأمان وتصرف بشكل عادي في المحادثات الاجتماعية اكتشف أن اعتقاداته في أن الأخرون سوف يقومونه سلبيا تتناقض مع ما يحدث في الواقع .

ثالثا : ما يحدث بعد تفادي أو الدخول في الموقف الاجتماعي: لا يتوقف قلق مريض الخواف الاجتماعي بمجرد تفاديه أو دخوله في الموقف الاجتماعي . يخف القلق لدى المريض بعد أن يتفادى المريض الدخول أو ينتهي الموقف الاجتماعي ولكن من غير المحتمل أن يشعر المريض بأنه قد حصل استحسان واضح من قبل الأخرين ولهذا السبب فليس من غير المألوف أن يقوم المريض بمراجعة ما حدث خلال التفاعل الاجتماعي . وتبرز خلال هذه المراجعة مشاعر القلق والإدراك السلبي للذات لأن ذلك قد استحوذ على الكثير من وقت المريض خلال الموقف الاجتماعي وبالتالي تم تسجيله بقوة في ذاكرته . وهكذا يطغى إدراك المريض السلبي لنفسه على مراجعة الموقف وبالتالي يبدو له الموقف الاجتماعي سلبيا أكثر مما هو عليه في حقيقة الأمر .

ولعل ذلك يفسر استمرار شعور المريض بالهوان حتى بعد زوال القلق . كما أن المريض خلال مراجعة ما حدث في الموقف ، يسترجع أيضا المواقف الاجتماعية الأخرى التي يعتقد أنه لم يكن موفقا فيها ، وتكون النتيجة أن يؤدي موقفا ، عاديا من قبل الآخرين، إلى تقوية اعتقادات المريض حول افتقاره للمهارات الاجتماعية اللازمة للتفاعل الناجح من الآخرين (Clark,1997) .

وتجدر الإشارة إلى أن اضطراب الخواف الاجتماعي من الاضطرابات النفسية المنتشرة بين الناس فقد بينت إحدى الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية أن ما يزيد على ٢% من الأمريكيين قد عانى من هذا الاضطراب في مرحلة ما من حياته (Chambless & Hope,1996) ووجد الجلبي أن ١٣% من طالبي الخدمات النفسية (غير الذهانيين) في مستشفى الملك فيصل التخصصي في المملكة العربية السعودية يعانون من الخواف الاجتماعي(Chaleby,1987).

العلاج الاستعرافي السلوكي للخواف الاجتماعي

يعتمد العلاج الاستعرافي السلوكي للخواف الاجتماعي على النموذج الاستعرافي السلوكي لهذا الاضطراب المبني على النظرية الاستعرافية للاضطرابات النفسية والتي تتضح يوما بعد يوم قدرتها على تفسير هذه الاضطرابات بشكل ينسجم مع نتائج الدراسات حول الاضطرابات النفسية وبالذات تلك التي تحاول التعرف على محتويات وأساليب التفكير لدى الذين يعانون من هذه الاضطرابات.

ويتضح من نتائج الدراسات التي أجراها كلارك ويلز Clark and Wells (1994) وكما يشير إلى ذلك النموذج الاستعرافي السلوكي للخواف الاجتماعي أن لدى من يعانون من هذه المشكلة الخصائص الاستعرافية التالية :

١- يرون أن المواقف الاجتماعية تمثل تهديدا لذواتهم أكثر مما يفعل الذين لا يعانون من الخواف الاجتماعي .

٢- يعتقدون أن الآخرين يقيمونهم بشكل سلبي لأنهم خلال التفاعل الاجتماعي يركزون انتباههم على أنفسهم أكثر مما يركزونه على الآخرين .

٣- قياسا على العينات الضابطة لا يتذكر المصابين بالخواف الاجتماعي سوى القليل مما يحدث في التفاعلات الاجتماعية التي يشاركون فيها .

٤- يعنى المصابين بالخواف الاجتماعي بما يمكن الحصول عليه من معلومات خلال المواقف الاجتماعية مثل (معدل نبضات القلب) أكثر مما يحدث لدى غير المصابين بالخواف الاجتماعي .

٥- يعتقد المصابون بالخواف الاجتماعي أن الآخرين يحكمون عليهم وفقا لإدراكهم (المصابون) لردود أفعالهم الانفعالية(يعتقد المريض، مثلا،انه كان قلقا وأن الآخرين أصدروا الحكم نفسه عليه) .

٦- لدى المصابين بالخواف الاجتماعي تحيز في الانتباه تجاه الكلمات الاجتماعية ذات الطابع التهديدي .

٧- يقوم الذين يعانون من الخواف الاجتماعي بمراجعة ما حدث بعد الانتهاء من التفاعل الاجتماعي وبالذات ما يرتبط بتقييمهم السلبي لأنفسهم (Blackburn & Twaddle,1996) .

خطوات العلاج:

أولا : يبدأ العلاج كما هو الحال مع بقية الاضطرابات النفسية بإجراء المقابلة الاستعرافية السلوكية بهدف الوقوف على الوضع العام للمريض وتحديد مشكلته . ويشتمل تحديد المشكلة على التعرف على (١) سلوكيات الأمان التي يستخدمها المريض لتفادي الوقوع في الأخطاء أو الظهور بالشكل الذي يعتقد أن الآخرين يلاحظونه عليه مثل : تأخير طرح الأسئلة ، أخذ نفس عميق، التحدث بسرعة ، التمتمة ، وضع اليد على الفم ، مراجعة ما ينوي قوله للتأكد

من طرحه بصورة ملائمة ومحاولة تذكر ما قاله من قبل و٢- المعلومات التي يعيها المريض عندما يركز على نفسه والتي تشتمل على الإحساسات الجسمية(ضربات القلب مثلا) والصورة التي يشعر المريض بأن الآخرون سوف يرونها فيه. قد تصاحب هذه المعلومات بصور ذهنية مشوهة للمعلومات التي يعيها المريض على سبيل المثال ، قد يشعر المريض بتوتر العضلات المحيطة بفمه عندما ينظر إليه الآخرين فيقوم بتحويل هذه المعلومة إلى صورة ذهنية يرى فيها فمه ملتوى و يعتقد أن كل من حوله سوف يلاحظ هذا الالتواء. كما قد يتحول الإحساس بالدفء في الجبهة أو الإحساس البسيط بالتعرق إلى صورة ذهنية يرى فيها المريض التعرق يسير بغزارة على جبهته . (Clark,1997)

<u>ثانيا</u>: تدريب المريض على تحديد الأفكار التلقائية والأساليب الاستعرافية غير الفعالة المرتبطة بالأفكار التلقائية وتطوير استجابات بديلة متوازنة للأفكار التلقائية (أنظر سجل الأفكار – الباب الثاني).

<u>ثالثا</u>: التعرض : يوضح المعالج قبل البدء في عملية التعرض للمريض ما سيتم ويأخذ موافقته. وقد يكون ذلك إما من خلال الدخول في المواقف التي يخافها المريض مباشرة أو تخيلا أو استخدام ما يسمى بالتعرض البديل والذي يقوم فيه المعالج وزملاؤه وغيرهم من الذين يعملون في العيادة أو المستشفى بلعب أدوار الأشخاص الذين يتطلب الموقف الذي يتم اختياره بالاتفاق مع المريض وجودهم. ومن الأفضل أن يراعي في ذلك :

(١) البدء بمواقف بسيطة تتطلب كلمات محدودة من المريض وكذلك من الذين يلعبون الأدوار ، والاتفاق على ذلك قبل البدء في التعرض، كهدف للتعرض .

(٢) دمج الفنيات الاستعرافية مع التعرض. يفترض أن المعالج قد ساعد المريض على تحديد الأفكار التلقائية والتعامل معها. <u>في بداية التعرض تكتب الفكرة البديلة على لوحة (سبورة) يكون بإمكان المريض النظر إليها خلال التعرض.</u> وفي التعرضات القادمة يحاول المريض تذكرها أثناء التعرض

البديل أو الحقيقي (حيث يطلب منه قراءة هذه الأفكار يوميا كواجبات منزلية لمدة نصف ساعة مثلا ،حتى يكون بالإمكان تذكرها بيسر في المواقف التي يخشاها المريض) .

(٣) يطلب من المريض أثناء عملية التعرض تقويم درجة القلق لديه (من ٠–١٠٠) لديه بعد كل دقيقة أو دقيقتين ويستخدم هذا التقويم لتحديد فترة التعرض في الغالب تكون درجة القلق مرتفعة في البداية ثم تنخفض بالتدريج مع الاستمرار في التعرض . وتنهي عملية التعرض بعد انخفاض درجة القلق (أربعين فأقل).

(٤) يتبع كل عملية تعرض بواجب (واجبات منزلية): يقوم فيها المريض بالدخول في مواقف حقيقية تتناسب من حيث التعقيد بما يتم في التعرض البديل مع التأكيد على أهميتها وأهمية استخدام الأفكار البديلة قبل التعرض لها .

(٥) يتم التعرض البديل لمواقف مختلفة تبعا لطبيعة خوف المريض (في السوق ، في البيت أو في العمل).

(٦) يناقش المعالج مع المريض ما حدث في التعرض وما تحقق من أهداف وكذلك ما واجه المريض من صعوبات .

(٧) يحدد عدد جلسات التعرض وفقا لتقدم المريض الذي يمكن التعرف عليه من خلال قدرته على الدخول في المواقف الحقيقية التي يطلب منه القيام بها كواجبات منزلية ومن خلال درجة تصديق المريض بالأفكار البديلة .

(٨)يطلب من المريض عدم استخدام سلوكيات الأمان في التعرض البديل وكذلك في التعرض الحقيقي لأن المريض قد يعزو نجاحه في القيام بما هو مطلوب إليها (Chambless and Hope,1996) .

<u>رابعا</u>: **فنيات ذات أهداف محددة**: وهي عبارة عن فنيات تستخدم للتعامل مع عناصر معينة من الخواف الاجتماعي :

أ/التعامل مع سلوكيات الأمان : يتم الترتيب لعملية لعب أدوار لموقف اجتماعي تفاعلي يشترك فيه المريض مرة باستخدام سلوكيات الأمان المعتادة ومرة بدون استخدام سلوكيات الأمان مع التركيز على الشخص أو الأشخاص الآخرين المشاركين في عملية التفاعل مع المريض بدلا من التركيز على نفسه. ويطلب من المريض بعد كل عملية لعب أدوار أن يقوم (١) درجة القلق الذي شعر بها (٢) درجة القلق التي يعتقد أنها ظهرت عليه و(٣) مستوى أداءه في عملية التفاعل . وسوف يتبين من المقارنة (أ) أن سلوكيات الأمان بخلاف ما يعتقده المريض تزيد من قلقه بدلا من خفضه و(ب) أن تقويمه لـ (١)القلق الذي يعتقد أنه ظهر عليه و(٢) تقويمه لمستوى أدائه مرتبط بتقويمه لدرجة القلق الذي شعر به مما يشير إلى أنه يستخدم مشاعره لتحديد الكيفية التي ظهر بها أمام الآخرين .

ب/التعامل مع توقع التقويم السلبي من قبل الآخرين : التفاعلات الاجتماعية العادية لا توفر للمريض سوى فرصة محدودة جدا لتفحص اعتقاداته غير الدقيقة حول ما يترتب على سلوكياته التي يعتقد أنها غير ملاءمة أو حتى سخيفة. ومن الممكن التغلب ولو جزئيا على هذه المشكلة من خلال قيام المريض بصورة مقصودة بالسلوكيات التي يعتقد، بدون دليل، أنها سوف تؤدي إلى أن يقومه الآخرون تقويما سلبيا. على سبيل المثال يطلب من المريض أن يطرح موضوعا مملا للنقاش أو يتكلم بشكل متقطع أو يطرح وجهة نظر يعتقد أن الآخرون لن يوافقوا عليها ثم تناقش معه ردود فعل الآخرين الحقيقية على ذلك إلى جانب مناقشة الكيفية التي كان يعتقد أن الآخرين ينظرون بها إلى هذه السلوكيات. في الغالب يندهش المريض عندما يدرك أن ردود فعل الآخرين لم تكن سلبية بالدرجة التي كان يتوقعها .

وبالإمكان، لتحقيق الهدف نفسه ، استخدام الاستبيانات للتعرف على وجهات نظر الآخرين حول السلوكيات التي يخشى المريض ظهورها منه أمام الآخرين. يطرح المريض سؤال على عدد من الناس لأخذ رأيهم حول تقييمهم لشخص يتأتيء أو يحمر وجهه. في معظم الحالات تأتي الاستجابات

مخالفة بشكل كبير لما يتوقعه المريض .

جـ/التعامل مع استرجاع المريض لما حدث في التفاعل الاجتماعي وبالذات الجوانب السلبية فيه من وجهة نظر المريض : نظرا لأن المواقف الاجتماعية التفاعلية لا توفر للمريض سوى تغذية راجعة غير واضحة حول كيفية أداءه وحول إدراك الآخرين له يقوم الذي يعاني من الخواف الاجتماعي باستعراض ما حدث في التفاعل الاجتماعي وغالبا ما يدور هذا الاستعراض حول شعور المريض بالقلق وإدراكه السلبي لنفسه . لذا من المفترض أن يناقش المعالج ذلك مع المريض ويطلب منه أن يتوقف عنه (Clark,1997) .

د/ التعامل مع عدم قدرة المريض على تحمل توجه أنظار الآخرين إليه: يناقش المعالج مع المريض ويأخذ موافقته على القيام بعملية تعرض يقوم المعالج (أو شخص آخر حسب الظروف) بالنظر إلى المريض (ينظران لعضهما مجها لوجه) من مسافة قريبة حتى تنخفض درجة القلق لديه ، ويراعي في ذلك (١) حث المريض على عدم استخدام سلوكيات الأمان (٢) يسأل المريض عن درجة القلق كل دقيقة أو دقيقتين و(٣) يشجع المريض على الاستمرار ويذكر بأنه قادر على ذلك وأن القلق سيزول مع الاستمرار. وفي الغالب يزول القلق تدريجيا ويدرك المريض أن نظر الآخرين إليه ليس بالشيء المرعب كما كان يعتقد إلى درجة أنه يتفادى المواقف الاجتماعية خشية من أن يركز الآخرين النظر إليه (Thyer,1987) .

ولإعطاء المريض دليلاً واقعيا على عدم دقة اعتقاداته حول ما يظهر عليه سلوكيات يلاحظها الآخرون ، من الممكن استخدام الفيديو أو التسجيل الصوتي للمريض وهو يتفاعل مع الآخرين ثم عرض ما تم تسجيله عليه ومقارنة ذلك بما كان يتوقع حول السلوكيات التي يعتقد أنها تظهر منه أمام الآخرين وبتقويمه لأدائه (المسجل) قبل مشاهدة/ الاستماع الى الشريط. وفي الغالب يكون هناك فرق كبير بين ما يحدث فعلا وما كان يتصور أنه يحدث: أي المريض لا يبدو مرتبكا أمام الغير بالدرجة التي يعتقد أنها ستظهر بشكل

واضح يدركه الآخرين بسهولة .

هـ/ التعامل مع الافتراضات الموجود لدي المريض : بالإضافة إلى التعامل مع الأفكار التلقائية كما ذكر في الصفحات السابقة لابد من التعامل مع الافتراضات التي تجعل المريض يفسر المواقف الاجتماعية تفسيرا يحمل طابع التهديد له. ويتم التعامل مع هذه الافتراضات باستخدام الأسئلة السوقراطية لتوجيه المريض إلى اكتشاف أفكار بديلة: على سبيل المثال يسأل المريض الذي يفترض (إذا لم أحصل على حب شخص ما ، فهذا يعني أنني شخص غير كفء) الأسئلة التالية (كيف تعرف أن شخصا ما لا يحبك ؟) ؛ أليس من الممكن أن تكون هناك أسباب أخرى قد تجعل شخصا ما لا يتعامل معك بصورة إيجابية غير كونك شخص غير كفء ؟ على سبيل المثال : حالته النفسية، كونك تذكره بشخص آخر ، تشتيت ذهنه ..... الخ ؟ هل هناك شخص تعرفه لا يحبه الآخرين على الرغم من أنه شخص كفء ؟ إذا أحبك شخص ما ولم يحبك آخر فمن هو صاحب الرأي الصحيح منهما ؟ إذا لم يحبك شخص ما فهل يعني ذلك أنك لا شيء ؟ (Clark,1997) .

الفصل العشرون: النموذج والخطة العلاجية الاستعرافية السلوكية لاضطرابات الشخصية

النموذج الاستعرافي السلوكي لاضطرابات الشخصية

المخطوطة ، كما هو الحال مع الاضطرابات النفسية الأخرى ، هي التي تتحكم من وجهة نظر أصحاب النظرية الاستعرافية والعلاج الاستعرافي السلوكي في معالجة المعلومات لدى الذين يعانون من اضطرابات الشخصية (Blackburn & Twaddle,1996; J. Beck,1996; McGinn & Young,1996). و هناك شبه إجماع على أن المخطوطة لدى هؤلاء المرضى تنشأ في فترة الطفولة نتيجة لتعرض الطفل لخبرات غير سارة من قبل والديه، القائمون على تربيته، إخوانه وأخواته أو أقرانه (McGinn & Young,1996) . ويفترض بك أنه نظرا لأن ليس كل طفل يتعرض لصدمة ينشأ لديه اضطراب شخصية فقد يكون من يتطور لديه هذا الاضطراب منهم قد افتقد من يقدم له الدعم لتخفيف أثر الصدمات عليه. وغالبا ما يظهر الاضطراب في مرحلة المراهقة أو الرشد المبكر (J. Beck,1996) .

ويميل بعض الباحثين في النظرية الاستعرافية إلى الاعتقاد بأن اضطرابات الشخصية عبارة عن أشكال مبالغ فيها للسلوكيات العادية التي تهدف الى الحفاظ على حياة الفرد ومساعدته على التكيف مع بيئته (Beck, 1996) . ولعل أهم ما يميز اضطرابات الشخصية عن اضطرابات القلق والاكتئاب مثلا هو ديمومة الأعراض وتصلبها إلى درجة أنه يقال أن مريض الاضطرابات الشخصية بخلاف مرضى الاضطرابات النفسية الأخرى لا يعرف كيف تكون الحياة العادية (المقصود هنا كيف يكون العيش بدون اضطراب) وهكذا يتطلب تخلصه من الاضطراب جهد ووقت أطول مما يتطلبه

التخلص من الاضطرابات النفسية الأخرى (Blackburn & Twaddle,1996)

ولمرضى اضطرابات الشخصية خصال تفرق بينهم وبين الذين يعانون من اضطرابات القلق والاكتئاب ومن ذلك:

١- تتصف المشكلات التي يطرحونها على المعالج بالغموض ،لذا من الصعب أن يتم تحديد مشكلات محددة تكون هدفا للعلاج .

٢- يجدون صعوبة في العلاقات مع الأخرين .

٣- لا يتحملون التعامل مع المشاعر المؤلمة. مرضى القلق أيضا لا يتحملون ذلك ولكنهم قد يجابهون ما يخافون مع شيء من التدريب .

٤- لديهم أفكار متصلبة تقاوم التغيير ،حتى من يصدق منهم بأن أفكاره وسلوكياته غير متكيفة يظهر شعور باليأس حول إمكانية تغيير مشاعره وسلوكياته واعتقاداته .

٥- يقاومون التغيير حفاظا على تماسكهم الداخلي ويستخدمون أساليب تساعد على استمرار المخطوطة ومقاومتها للتغيير : المحافظة على المخطوطة؛ ويقصد بها التشويهات الاستعرافية التي تدعم المخطوطة(انتقاء المعلومات التي تنسجم مع المخطوطة؛ تفادى المخطوطة؛ ويقصد به السلوكيات التي يقوم بها الفرد لتفادى استثارة المخطوطة، وتعويض المخطوطة ؛ ويقصد بذلك السلوكيات المفرطة في الاتجاه المضاد للمخطوطة (أنظر الموضوع الخاص بالمخطوطة في الفصل الثاني).

٦- يحدث لديهم تحولات من مخطوطة إلى أخرى وهذا واضح جدا على الذين يعانون من اضطرابات الشخصية الحدية حيث تتغير أفكارهم وسلوكياتهم ومشاعرهم من وقت لآخر ومن الصعب التنبؤ بما سيفعلون في لحظة معينة (McGinn & Young, 1996) .

و يفترض في النموذج الاستعرافي لاضطرابات الشخصية أن هناك اعتقادات وسلوكيات معينة مرتبطة بكل نوع من اضطرابات الشخصية، فمرضى اضطراب الشخصية الاعتمادية يعتقدون أنهم غير أكفاء ولا

يستطيعون التعامل مع الظروف التي تصادفهم ، لذا تجد لديهم استراتيجيات متطورة جدا للاعتماد على الآخرين وتفادى اتخاذ القرارات الهامة ولكن لديهم عجز في القدرة على الاستقلال والحسم . ويعتقد المريض الذي يعاني من اضطراب الشخصية التجنبية أنه غير محبوب وضعيف ويميل إلى تفادى الألفة والنقد والانفعالات السلبية ولديه عجز في القدرة على الانفتاح والسلوك التوكيدي والتسامح الانفعالي . وفي اضطراب الشخصية الوسواسية-القهرية يعتقد المريض أن عالمه الخاص مهدد بالانهيار فيشدد على أهمية إتباع القواعد السلوكية وعلى المسؤولية (ما يحدد السلوك المقبول والسلوك غير المقبول) وعلى القدرة على التحكم ولكنه يفتقر إلى القدرة على إظهار العفوية والمرونة. ولدى المريض الذي يعاني من اضطراب الشخصية الحدية العديد من الاعتقادات المتصلبة التي تظهر لدى مرضى الاضطرابات الأخرى. لدى مرضى القلق والاكتئاب أفكار سلبية متصلبة مثل تلك التي تظهر لدى مرضى اضطرابات الشخصية ولكن هذه الأفكار تنشط خلال النوبة ثم تعود للكمون عندما تخف حدة المرض وتصبح الأفكار الإيجابية هي المسيطرة أما في اضطرابات الشخصية فالاعتقادات والأفكار تلازم المريض ومن المألوف أن يصف مريض اضطرابات الشخصية نفسه: (اشعر هكذا دائما) تجاه نفسه، الآخرين والعالم (J. Beck,1996) .

وبناء على محتويات المخطوطة لديه يقوم كل مريض بصياغة قواعد توجه سلوكه وتعكس محتويات المخطوطة الخاصة بنوع اضطراب الشخصية الذي يعاني منه . ومن الأمثلة على هذه القواعد (لا تثق في أي شخص) لدى المصاب باضطراب الشخصية البارانويديه؛ (أبعد عن الخطر) بالنسبة للذي يعاني من اضطراب الشخصية الشبفصامية؛ (أفعل كل ما يريده الآخرون) في اضطرابات الشخصية الاعتمادية؛ (حول انتباه الناس إليك) في اضطراب الشخصية النرجسية؛ و(لا تجازف) لدى من يعاني من اضطراب الشخصية التجنبية (Beck, In Blackburn and Twaddle, 1996) .

وباختصار فإن النموذج الاستعرافي السلوكي لاضطرابات الشخصية

يتلخص في النقاط التالية :

١- تتكون المخطوطة غير الفعالة في مرحلة مبكرة من حياة الفرد نتيجة لطفولة مأسوية.

٢- تتطور هذه المخطوطة وتستمر فيما بعد .

٣- تحتوى المخطوطة على اعتقادات أساسية واستراتيجيات سلوكية وأفكار تلقائية تختلف من اضطراب لآخر .

٤- تتصف الأعراض الناتجة عن المخطوطة بالاستمرارية والتصلب .

٥- من الممكن الوصول إلى هذه الأبنية الاستعرافية (المخطوطات) من خلال مخرجاتها.

٦- يهدف العلاج إلى استبدال هذه المخطوطة غير المتكيفة وإحلال مخطوطة متكيفة مكانها ، من خلال التعامل مع الأفكار التلقائية في بداية العلاج ثم التركيز على إبدال المخطوطة نفسها بأخرى متكيفة باستخدام الفنيات التي تفيد في هذا الخصوص بما يتناسب مع كل اضطراب من اضطرابات الشخصية.

العلاج الاستعرافي السلوكي لاضطرابات الشخصية

يبدأ المعالج بتقويم حالة المريض ويقوم بصياغة المشكلة وفقا للنموذج الاستعرافي لاضطرابات الشخصية، ثم مساعدة المريض على تعريف وإيجاد بدائل الأفكار التلقائية التي تظهر في المواقف الحالية التي يتعرض لها المريض باستخدام الأسئلة السوقراطية والاكتشاف الموجه والفنيات الاستعرافية السلوكية الأخرى. ثم يتحول التركيز فيما بعد على المخطوطة ومحاولة التعرف على الكيفية التي تطورت به ومحاولة إبدالها بمخطوطة أكثر تكيفا منها . (أنظر الفنيات الخاصة باستبدال المخطوطة في الباب الثاني) .

وتجدر الإشارة هنا إلى أن مرضى اضطرابات الشخصية يحتاجون إلى

معاملة خاصة من قبل المعالج لكي يتمكن من بناء علاقة تعاونية علاجية معهم. ففي الغالب يكون لدى هؤلاء المرضى صعوبات في تكوين العلاقات مع الآخرين ويمكن ملاحظتها أيضا في جلسات العلاج . ومن ذلك محاولة المريض تحويل العلاج إلى مجرد نوع من أنواع الدعم الاجتماعي وليس عملية تتطلب منه دور نشطا يتضمن التعامل الفعال مع ما لديه من أفكار واعتقادات لأنه يشعر بالتهديد لبناءه الداخلي عندما يلاحظ رغبة المعالج في التعامل مع المشكلة (Blackburn & Twaddle, 1996). وقد يطلب المريض الذي يعاني من اضطرابات الشخصية النرجسية والذي يعتقد (إذا لم يعاملني الآخرون بطريقة خاصة فهذا يعنى أنني لا شئ) وقت أطول من المعالج . وقد يتفادى المريض الذي لديه اضطراب الشخصية الاعتمادية أن تحل له المشكلات التي يستطيع حلها بنفسه لأنه يعتقد (إذا اعتمدت على نفسي فسوف أفشل) . وقد لا يقوم المريض الذي يعاني من اضطرابات الشخصية السلبية–العدوانية الذي يعتقد (إذا فعلت ما يريد الآخرين مني فهذا يعنى أنهم يتحكمون فيني) بإكمال الواجبات المنزلية ، وقد يصر الذي يعاني من اضطراب الشخصية الوسواسية–القهرية الذي يعتقد (لا يستطيع المعالج مساعدتي ما لم يفهمني تماما) على ذكر تفاصيل غير ذات أهمية، وقد يسهب المريض الذي يعاني من اضطراب الشخصية المسرحية (Histrionic) الذي يعتقد (إذا لم أدخل المرح في نفس المعالج فلن يرتاح لي أو يهتم بي) في سرد القصص المسلية بدلا من التركيز على مشكلاته . وهكذا لابد وأن يتعامل المعالج مع مثل هذه الأفكار غير المتكيفة داخل الجلسات لكي يستطيع المريض إيجاد اعتقادات بديلة متكيفة تساعده على التعامل الفعال خارج الجلسات.

يدرك المعالج الاستعرافي السلوكي مدى الصعوبة التي قد تواجهه خلال جلسات العلاج مع الذين يعانون من اضطراب الشخصية ولكنه يدرك أيضا أن هذه الصعوبات تساعده في التوصل إلى صياغة مناسبة لمشكلة المريض وبالتالي مساعدته للتخلص منها (J. Beck, 1996) .

الفصل الحادي والعشرون: التعامل مع نتائج العلاج الاستعرافي السلوكي

التعامل مع نتائج العلاج الاستعرافي السلوكي

في الصفحات التالية سوف نناقش كيفية التعامل مع نتائج العلاج السلبية والإيجابية. في الحالة الأولى يسأل المعالج نفسه ، ما العوامل التي أدت إلى عدم حدوث تحسن في حالة المريض ؟ وفي الثانية ما هي محددات إنهاء العلاج وما الذي يجب عمله لضمان بقاء أثر العلاج لأطول فترة ممكنة ؟

أ/ العوامل التي قد تؤدي إلى عدم حدوث تحسن في حالة المريض :

أحيانا يجد المعالج الاستعرافي السلوكي نفسه أمام مريض لا يبدو أن حالته تتحسن . وأمام ذلك لابد أن يحاول المعالج الوقوف على الأسباب التي أدت إلى ذلك . وهناك العديد من الأسباب التي من المحتمل أن تحد من استفادة المريض من العملية العلاجية. فمن المحتمل أن لا يحسن المعالج اختيار الفنيات المناسبة لمشكلات المريض أو أن يستخدم فنية تتطلب تهيئة المريض لها قبل استعمالها ، كأن يبدأ المعالج في محاولة التعامل مع الاعتقادات الأساسية قبل أن يشرح النموذج الاستعرافي للمريض أو قبل أن يدربه على التعامل مع الأفكار التلقائية. وقد لا يحدث تقدم في العلاج لأن المعالج لم يستطع بناء علاقة علاجية تعاونية مع المريض . العلاج الاستعرافي السلوكي يؤكد على ضرورة أخذ رأي المريض بصورة متكررة حول ما يدور في

الجلسة وحول العلاج وحول الواجبات المنزلية وحول مشاعره وحول أفكاره، لذا يجب أن يشجع المريض على إبداء رأيه حتى لو كان عبارة عن انتقاد لأسلوب المعالج أو الفنيات التي يستخدمها: ومن ذلك أن يتقبل المعالج ويشجع المريض على القول مثلا (لم أفهم ما تقول) أو (هذا شيء يصعب تصديقه) أو (أنت لم تفهمني/أو أنت لم تستمع لما أقول) لأن ذلك يعني وجود علاقة جيدة بين المعالج والمريض (انظر العلاقة بين المعالج والمريض في العلاج الاستعرافي السلوكي في الباب الثاني). والمعالج هنا بدلا من لوم نفسه أو لوم المريض يستفيد مما يقال في إعادة صياغة مشكلة المريض والعمل على استخدام الفنيات الملائمة أو تعديل القصور في استخدام الفنيات المستخدمة. أحيانا تصدر سلوكيات من المعالج (قد لا ينتبه لها) توحي بحساسيته تجاه موضوع معين وتؤدي إلى تحفظ المريض، لذا من المفيد تسجيل الجلسة لكي يتسنى له (المعالج) فيما بعد التعرف على هذه السلوكيات والتعامل معها. ويفضل أحيانا ممارسة المعالج الاستعرافي للانكشاف الذاتي (يتحدث عن خبراته ذات العلاقة) لمساعدة المريض على إعادة النظر في موضوع معين أو لمساعدته على ممارسة الانكشاف الذاتي (Wills & Sanders,1997).

وللتعرف على أنواع المهارات التي قد يكون المريض لم يتقنها بعد مما أدى إلى تعثر العلاج توصي بادسكي وقرينبيرقر بأن يقوم المعالج بمراجعة (١) فهم المريض للتفاعل بين الأفكار، المشاعر، السلوك، ردود الفعل الفسيولوجية والعوامل البيئية (٢) فهم المريض للنموذج الاستعرافي السلوكي للاضطراب الذي يعاني منه (٣) القدرة على تحديد وإيجاد بدائل للأفكار التلقائية (٤) تطبيق التجارب السلوكية لتفحص الأفكار (Padesky and greenberger, 1995) (٥) إكمال المريض للواجبات المنزلية و(٦) قيام المريض بتسجيل النقاط المهمة التي طرحت في الجلسات كتابة أو على شريط (J. Beck,1996). وبعد ذلك يقوم المعالج باتخاذ الإجراءات المناسبة لسد أوجه القصور التي تم تحديدها.

وفي حالة صعوبة تحديد سبب عدم التحسن أو عدم حدوثه بعد محاولة

تصحيح جوانب القصور فمن الممكن أن يقوم المعالج بتحويل التركيز على التعامل مع الاعتقادات الأساسية(المخطوطة) باستخدام الفنيات الخاصة بذلك (الفنيات التي تستخدم لاستبدال المخطوطة - الباب الثاني).

ب/ إنهاء العلاج :

الهدف العام من العلاج هو تخفيف أعراض الاضطراب ومنع عودتها إلى ما كانت عليه في المستقبل. ويتحقق هذا الهدف من خلال تحقيق أهداف محددة يتم الاتفاق عليها بين المعالج والمريض (مقابلة الناس ، ممارسة نشاطات معينة تتناسب مع مشكلة المريض)، ويقوم المعالج والمريض بمتابعة تحققها وإضافة أهداف أخرى إليها كلما دعت الحاجة لذلك تبعا لنوع مشكلات المريض وسير العملية العلاجية (J. Beck, 1996) وينهي العلاج في الوقت المتفق عليه إذا تحقق الهدف منه .

وفي الغالب يكون المعيار لتحقيق الهدف من العلاج وإنهائه هو عندما يشعر المريض بحدوث تحسن في المشكلات التي طلب المساعدة في التغلب عليها ويتصرف بصورة مختلفة خارج الجلسات العلاجية أو على الأقل يسير في هذا الاتجاه، ويمكن التعرف على ذلك من خلال سؤال المريض عن أحواله . وتجدر الإشارة هنا إلى أنه من غير المتوقع أو المعقول أن يكون الهدف من العلاج ألا يشعر المريض بالقلق أو الحزن أو أن تحل كل مشكلاته وتزول جميع الأعراض نهائيا؛ الهدف من العلاج هو أن يكون المريض في وضع يسمح له بممارسة حياته بشكل عادي. ومن الطرق المفيدة في إنهاء العلاج إطالة الفترة بين الجلسات الأخيرة (أسبوعيا في بداية العلاج ثم كل أسبوعين أو ثلاثة في نهاية العلاج) لتهيئة المريض لإنهاء العلاج . ومن المفضل أن يتقابل المريض والمعالج (جلسات تتبعية) بعد ٣ ، ٦ ، ١٢ شهرا من تاريخ إنهاء العلاج (المرجع السابق) .

أحيانا يبدى المريض تخوفه من أنه لن يستطيع ممارسة حياته كما كان

يفعل خلال فترة العلاج وعلى المعالج مساعدته في إيجاد فكرة بديلة كما في المثال التالي :

المريض : أنا لست جاهزا لإنهاء العلاج لا أستطيع مجابهة الصعوبات لو حدي .

المعالج: دعنا نتفحص هذه الفكرة ، ما الأسباب التي خطرت ببالك ؟

المريض: أعرف أنني ساعود إلى النقطة التي بدأت منها .

المعالج: لنرى ما إذا كان هناك دليل على ذلك؟

المريض: حققت أشياء إيجابية كثيرة خلال العملية العلاجية (ذكر أمثلة على ذلك) ولكن الأمر لن يكون سهلا .

المعالج: يبدو أن هناك دليلا على ذلك- لن يكون الأمر سهلا ، هل باستطاعتك تحمل هذا القدر من الصعوبة ؟

المريض: لست متأكد ، لازلت أعتقد أنني لن أستطيع مجابهة مجابهة الحياة لوحدي.

المعالج: حسنا بالإمكان القيام بتجربة للتأكد من ذلك ، دعنا نوقف الجلسات لمدة أربعة أسابيع لنرى ماذا يحدث ؟

المريض: وما جدوى ذلك ؟

المعالج: تقول الآن أنك لن تستطيع مجابهة أعباء الحياة بعد انتهاء العلاج ، دعنا نرى مدى دقة هذا الاعتقاد بعد أربعة أسابيع من الآن ، ما رأيك ؟

المريض: لا أحب ذلك ولكنني فهمت قصدك (Trower, casey &

Dryden,1992)

جـ/ إطالة الأثر الإيجابي للعلاج (منع الانتكاس):

من مميزات العلاج الاستعرافي السلوكي ، كما ذكر، أن أثره قياسا على أثر غيره من أنواع العلاج الأخرى ، يدوم لفترة أطول ، ويتخذ المعالجون الاستعرافيون السلوكيون عددا من الإجراءات التي تساعد على ذلك.

من الأمور المهمة التي يحرص المعالجون الاستعرافيون السلوكيون على التطرق لها خلال العملية العلاجية أو بعدها الصعوبات التي قد تواجه المريض: مثل احتمال عودة الأعراض أو حدوث بعض الحوادث غير السارة خلال فترة العلاج أو بعد إنهاء العلاج في محاولة منهم لمساعدة المريض على إدراك أن عودة الأعراض لا يعني بالضرورة أنها سوف تستمر. وللتدليل على ذلك يستطيع المعالج استخدام سير العملية العلاجية نفسها بالاستعانة برسم بياني مبنى على ما استخدم من المقاييس المعروفة أو على التقدير الذاتي للمريض (من ٠ – ١٠٠) لقياس حالته في أوقات مختلفة. وسوف يتضح للمريض أنه يحدث تحسن في الأسابيع الأولى للعلاج ثم تسوء الحالة في الأسابيع التالية ثم تتحسن بشكل ملحوظ في الأسابيع الأخيرة . هذه الطريقة تؤكد للمريض أن التحسن يأتي بعد عودة الأعراض أو عودة بعضها خلال فترة العلاج وليس هناك ما يبرر عدم حدوث ذلك (اختفاء الأعراض بعد ظهورها) بعد العلاج خصوصا بعد أن أكتسب المريض العديد من المهارات التي من الممكن استخدامها بعد انتهاء العلاج كما حدث خلاله . ولتعزيز قدرة المريض على ذلك (١) يؤكد المعالج للمريض كلما سنحت الفرصة على أنه (المريض) لعب دورا كبيرا في تحسن حالته .J) (Beck,1996 (٢) يشجع المعالج المريض على تسجيل النقاط المهمة في العلاج لتذكرها والاستفادة منها عند الحاجة و(٣) يحرص المعالج على أن يكون نشاطه أكثر في بداية العلاج ثم يبدأ تدريجيا في التقليل منه حتى يكون نشاط المريض أكثر من نشاط المعالج في نهاية العلاج بهدف تدريب المريض على أن يصبح معالجا لنفسه بعد نهاية العلاج(Wills & Sanders,1997) .

وبالإضافة إلى ذلك أعتاد المعالجون الاستعرافيون السلوكيون على مناقشة الكيفية التي يتعامل بها المريض مع ما قد يحدث له بعد العلاج وإعداد خطة(ما الذي سيفعله المريض) لذلك. ومن الممكن مناقشة هذا الموضوع في الجلسة الأخيرة و مساعدة المريض على كتابة الخطة أو مناقشة الموضوع في الجلسة قبل الأخيرة وقيام المريض بكتابة الخطة كواجب منزلي .

وتتم كتابة الخطة بالاستعانة بأسئلة حول العملية العلاجية يجيب عنها المريض بعد مناقشتها مع المعالج ، ثم يقوم المريض بالرجوع إليها لمساعدته في منع حدوث انتكاس لحالته. ويوضح المثال التالي هذه الأسئلة وبعض الأجوبة الممكنة عليها (خطة العمل):

ما الذي جعل المشكلة تتطور في المقام الأول ؟

- انتقاد الذات .
- صعوبة في التعبير عن مشاعري (مرتبطة بخبرات فترة الطفولة) .
- الإفتقار إلى الثقة بالذات .

ما العوامل التي ساعدت على استمرار المشكلة ؟

- تجنب المشكلة .
- البحث عن التطمين .

ما هي الاستراتيجيات التي تم تعلمها من العلاج للتعامل مع المشكلة ؟

- القدرة على تحديد الأفكار التلقائية وإيجاد بدائل لها .
- الاعتماد على النفس .
- شعرت بالقلق مرات عديدة وبأن شيء مخيف سيحدث لي ولكن لم لم يحدث أي شيء من هذا القبيل .

ما هي الظروف المحتملة التي قد تثير المشكلة في المستقبل ؟

- صعوبات مالية .

- تحمل مسؤوليات جديدة في البيت أو في العمل .
- مقابلة أناس جدد .

ما الذي يمكن عمله للتعامل مع هذه الظروف المحتملة ؟

- تحديد المشكلة .
- إيجاد أكبر عدد ممكن من الحلول للمشكلة واختيار أنسبها .
- تحديد الأفكار التلقائية وإيجاد البدائل لها .
- قراءة الملاحظات التي كتبت خلال فترة العلاج(Blackburn&Twaddle,1996).

كما يمكن الاستفادة من إعداد بطاقات، يحملها المريض أو يضعها في المكتب أو الشنطة أو يعلقها في مكان مناسب، تحتوى على معلومات محددة توفر للمريض فرصة التذكر الفوري لبعض النقاط الفعالة التي تعلمها في العلاج لمساعدته على التغلب على الظروف الضاغطة التي قد تواجهه خلال حياته اليومية: ومن الأمثلة على ذلك: كتابة الاعتقاد أو الفكرة غير الفعالة على أحد وجهي البطاقة وكتابة الاستجابات المتكيفة على الوجه الآخر(أنظر سجل الأفكار وكذلك بطاقات المخطوطة في الفنيات الاستعرافية التي تستخدم لاستبدال المخطوطة – الباب الثالث) . من الممكن استخدام البطاقات بإشكال مختلفة(مثلا كتابة أهم النقاط التي تعلمها المريض من العلاج على أحد وجهي البطاقة) وعلى المعالج مساعدة المريض في إعداد البطاقات التي تتناسب مع حالته (Wills & Sanders, 1997; J. Beck,1995).

المـــــراجــــع

إبراهيم ، عبد الستار. (١٩٩٤/م). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث: أساليبه وميادين تطبيقه ، القاهرة ، دار الفجر للنشر والتوزيع .

بيرك ، ل. (١٩٩٥). لماذا يتحدث الأطفال إلى أنفسهم . مجلة العلوم ، م١١،ع ٨ ، ٩ أغسطس/ سبتمبر ، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي ، ص ١١-١٧ .

الجلبي ، قتيبة سالم، واليحيا ، فهد سعود. (١٤١٦هـ). العـــلاج النفســي وتطبيقاته في المجتمع العربي ، الرياض ، الشركة الإعلامية للطباعة والنشر .

الدخيل ، عبد العزيز عبد الله. (١٤١١هـ) . سلوك السلوك : مقدمة في أسس التحليل السلوكي ونماذج من تطبيقاته ، القاهرة ، مكتبة الخانجي.

دعكور، نديم حسين. (١٩٩١). اللغة العربية: قواعـــد، بلاغـــة، عــروض، بيروت، بحسون.

رضوان، سامر جميل. (١٩٩٥). هل الأفكار حرة حقا، والى أي حد ؟. الثقافة النفسية.

الريحاني، سليمان.(١٩٨٧). الأفكار اللاعقلانية عند الأردنيين والأمريكييـن، دراسة عبر حضارية لنظرية أليس في العلاج العقلي العاطفي. دراسات. المجلد الرابع عشر. العدد الخامس. ٧٣-١٠٢.

الريحاني، سليمان.، حمدي، نزيه.، أبو طالب، صــابر. (١٩٨٩). الأفكـــار اللاعقلانية وعلاقاتها بالاكتئاب لدى عينة مـــن طلبـــة الجامعـــة الأردنيـــة ، دراسات، المجلد السادس عشر، العدد السادس ، ص ٣٦ - ٥٦.

العنزي، فلاح محروت. (١٤١٩هـ). مدخل إلى علـــم النفـــس الاجتمـــاعي المعاصر، الرياض: مطابع مداد.
قشقوش، إبراهيم.(١٩٨٥). مدخل لدراسة علم النفـــس المعرفـــي، القـــاهرة، الانجلو المصرية.
مجلس وزراء الصحة العرب.(١٩٨٤). المعجم الطبـــــي الموحـــد، دمشـــق، طلاس.

Agras, W.S., Schneider, J. A., Arnow, B., Raeburn, S.D. and Telch, C.F.(1989). Cognitive-Behavioral and response prevention treatment for bulimia nervosa. Journal of Consulting and Clinical Psychology. v. 57. No.2,215-221.

Alford, B. A. and Beck, A. T. (1997). The integrative power of cognitive therapy. New York: Guilford Press.

Baucom, D. H. Sayers, S. L. and Sher, T. G.(1990). Supplementing behavioral marital therapy with cognitive restructuring and emotional expressiveness training : An outcome investigation. Journal of Consulting and Clinical Psychology. v. 58, No. 5. 636 - 645.

Beck, A, and Rush, A. J.(1989). Cognitive therapy. In comprehensive test-book of psychiatry/V (Fifth Edition) H. I. Kaplan and B. J. Sadock (Ed). Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 1541 - 1550

Beck, A. T and Young, J. E.(1979). (A. Cassette). Cognitive therapy of depression: New York, Guilford .

Beck, A. T. (1996). Beyond Belief: A theory of modes, personality and psychopathology. In frontiers of cognitive therapy (ed. P. M. Salkovskis), pp. 1-25. New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Wright, f. D., Newman, C. F. and Liese, B. S. (1993). Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford Press.

Beck, A.(1991). Cognitive therapy : A 30 year retrospective . American Psychologist. v .46 No. 4, 368 -375 .

Beck, A.(1993). Cognitive Therapy : past, present, and future. Journal of Consulting and Clinical Psychology, V. 61. No. 2, 194 0 198.

Beck, J. S. (1995). Cognitive therapy: Basics and beyond. New York: Guilford Press.

Blackburn, I. (1996). Cognitive vulnerability to depression. In frontiers of cognitive therapy (ed. P. Salkovskis), pp. 250-265. New York: Guilford Press.

Blackburn, I. and Twaddle, V. (1996). Cognitive therapy in action: A practitioner's casebook. London: Souvenir Press.

Botvin, G, J., Baker, E., Dusenbury, L., Tortu. S., and

Botvin, E. M. (1990). Preventing adolescent drug abuse through a multimodel cognitive- behavioral approach: Result of a 3 - year study. Journal of Consulting and Clinical Psychology. v. 58. No. 4. 437 - 446.

Brewin, C.R.(1989). Cognitive change processes in psychotherapy. Psychological Review, v. 96, No. 3, 379-394.

Burks, H. M. and Stefflre, B. (1979). Theories of counseling. New York: McGraw-Hill.

Burns, D. D. (1992). Feeling Good: The new mood therapy; the Clinically proven drug-free treatment for depression. New York: Avon Books.

Burns, D. D. and Nolen-Hoeksema. (1991). Coping styles, homework compliance, and the effectiveness of cognitive-behavioral theory. Journal of Consulting and Clinical Psychology. v 59. No. 2, 305 - 311.

Burns, D. D., and Auerbach, A. (1996). Therapeutic empathy in cognitive-behavioral therapy: Does it really make a difference? . In frontiers of cognitive therapy (ed. P. Salkovskis), pp. 135-164. New York: Guilford Press.

Butler, G. Fennel, M., Robson, P. and Gelder, M.(1990). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized. anxiety disorder.

Journal of Consulting and Clinical Psychology. v. 59 No. 1. 167 - 175.

Cassidy, T. (1999). Stress, Cognition and health. London: Routledge.

Chaleby K.(1987). Social phobia in Saudi Arabia. Social Psychiatry. 22,167-170.

Chambless, D. L and Gillis, M. M.(1993). Cognitive therapy of anxiety disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology . v 61. No. 2. 248 - 260.

Clark, D. M. (1991). Anxiety states: panic and generalized anxiety. In Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide (ed. K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, and D. M. Clark), pp. 13-51. Oxford University Press.

Clark, D. M. (1996). Panic disorder: from theory to therapy. In frontiers of cognitive therapy (ed. P. Salkovskis), pp. 318-344. New York: Guilford Press.

Clark, D. M. (1997). Panic disorder and social phobia. In Science and practice of cognitive behavior therapy (ed. D. M. Clark and C. G. Fairburn), pp. 119-154. Oxford University Press.

Clum, George.A., Clam, Gretchen.A. and Surls, R.(1993).

A meta-Analysis of treatment for panic disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, v. 61 No. 2, 317 - 326.

Corey, G.(1991). Case approach to counseling and psychotherapy (Third Edition). Pacific Grove: Brooks/Cole.

Cotterll, N. I.(1997). (A Video Cassette). Cognitive behavior approach to addiction. SECAD.

Creamer, M., Burgess, P. and Pattison, P.(1992). Reaction to trauma: A cognitive processing model. Journal of Abnormal Psychology, v. 101. No. 3. 452 - 459.

Davey, G. C. I.(1995). Coping strategies and phobias : The relationship between fears, phobias and methods of coping with stresses, British Journal of Clinical Psychology, 34, 423 - 434.

Dobson. K. S. A.(1989). Meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology. V. 57. No. 3. 414 - 419.

Durlak, G. A. Fuhrman, T. and lampmam,C.(1991). Effectiveness of cognitive behavior therapy for maladapting children : A Meta-analysis. Psychological Bulletin.v. 110. No. 2. 204 - 214.

Eisenbary, L.(1995). The social construction of the human

Brain. Am J Psychology, 152 : 11. 1563 - 1575.

Elliott, R., Shapiro, D. A., Firth - Cozens, J., Stiles, W. B., Hardy G. E., Liewelyn S. P. and Margison, F. R.(1994). Comprehensive process analysis of insight events in cognitive-behavioral and psycodynamic-interpersonal psychotherapies. Journal of Counseling Psychology, v. 41. No. 4, 449 - 463.

Ellis, A. (1996). Better, deeper, and more enduring brief therapy: The rational emotive behavior therapy approach. New York: Brunnes/ Mazel.

Ellis, A.(1993). Reflections on Rational Emotive therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology .v.61 .no.2.199 201

Epstein, S. (1994). Integration of the cognitive and psychodynamic unconscious. American Psychologist, v. 49, No. 8, 709 - 724

Fairburn, C. G. (1997). Eating disorders. In Science and practice of cognitive behavior therapy (ed. D. M. Clark and C. G. Fairburn), pp. 209-246. Oxford University Press.

Fairburn, C., and Cooper, P. (1991). Eating disorder. In Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide (ed. K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, and

D. M. Clark), pp. 277-314. Oxford University Press.

Fennell, M. (1991). Depression. In Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide (ed. K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, and D. M. Clark), pp. 169-234. Oxford University Press.

Foa, E. B., Hearst-Ikeda, D., and Perry. K.J.(1995). Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. Journal of Consulting and Clinical Psychology. v. 63 No. 6. 946-455.

Foa, E.B and Kozak, M.J.(1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. Psychological. Bulletin. V. 990. No. 1, 20 - 35.

Freeston,H. M., Ladouceur, R., Gagnon, F., Thibodeau., Rheaume, J., Letarte, H. & Bujold, A.(1997). Cognitive-behavioral treatment of obsessive thoughts: A controlled Study. Journal of Consulting and Clinical Psychology.65, 405-413

Gath, D., and Mynors-Wallis, L. (1997). Problem-solving treatment in primary care. In Science and practice of cognitive behavior therapy(ed. D. M. Clark and C. G. Fairburn), pp. 415-413. Oxford University Press.

Gelder, M. (1997). The scientific foundations of cognitive

behavior therapy. In science and practice of cognitive behavior therapy (ed. D.M. Clark and C. G. Fairburn), pp. 27-46. Oxford University Press.

Goldfried, M. R., and Davison, G. C. (1994). Clinical behavior therapy. New York: John Wiley and Sons.

Goleman, D. (1996). Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ. London: Bloomsbuty.

Greenberger, D. , and Padesky, C. A. (1995). Mind over mood: A cognitive therapy treatment manual for clients. New York: Guilford Press.

Greenspan, S. I. and Benderly, B. L. (1997). The growth of the mind and the endangered origins of intelligence. Reading: Addison-Wesley.

Grenyer, B. F. S. and Luborsky, L.(1996). Dynamic change in psychotherapy: Mastery of interpersonal conflicts. Journal of Consulting and Clinical Psychology, V. 64. No. 2. 411 - 416 .

Griffiths, M. D.(1994). The Role of cognitive bias and skill in fruit machine gambling. British Journal of Psychology. 85, 351 - 369.

Haaga, D. A. F., Dyck, M. J. and Ernst, D.(1991). Empirical Status of cognitive theory of depression.

Psychological. Bulletin. V. 110 No. 2, 215 - 236.

Haaga. D. A. F. and Davison, G. C.(1993). An appraisal of rational - emotive therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology. v 61. No. 2. 215 - 220.

Hains, A. A. and Szyjakowski, M. A.(1990). Cognitive stress-reduction intervention program for adolescents. Journal of Counseling Psychology. v. 37. No. 1. 79 - 84 .

Hardy, G. E., Barkham, M, Shapiro, D. A. Reynolds, S. and Rees, A. (1995). Credibility and outcome of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. British Journal of Clinical Psychology. 34, 555 - 569.

Hawton, K. and Kirk, J. (1991). Problem-Solving. In Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide (ed. K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, and D. M. Clark), pp. 406-426. Oxford University Press.

Hollon, S. Shelton, R. C. loosen, P.(1991). Cognitive therapy and Pharmacotherapy for depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology. v. 59. No. 1. 88 - 99.

Hollon, S.D. Shelton, R.C. and Davis, D.D.(1993). Cognitive therapy for depression: Conceptual issues and Clinical efficacy. Journal of Consulting and Clinical

Psychology. V. 61, No.2, 270 - 275.

Howard, G.S.(1991). Culture Tales. A narrative Approach to thinking, cross-cultural Psychology and psychotherapy. American Psychologist. v. 46. No. 3, 187 - 197.

Jones, E.E and Pulos, S. M.(1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. Journal Consulting and Clinical Psychology.v.61 No. 2, 306 - 316.

Kalish, H. (1981). From behavioral science to behavior modification. New York : McGraw-Hill.

Kazdin, A. E. Bass, D., Siegel, T, and Thomas, C.(1989). Cognitive - behavioral therapy and relationship therapy in the treatment of children referred for antisocial behavior. Journal of Consulting and Clinical Psychology v. 57. No. 4. 522 - 535.

Kelly, A. E. and kahn, J.H.(1994). Effects of suppression of personal intrusive thoughts. Journal of Personality and Social Psychology.V.66.No.6. 998-1006.

Kendall, P. C. (1993). Cognitive-Behavioral therapies with Youth: Guiding Therapy, Current status and emerging development. Journal of Consulting and Clinical Psychology, v. 61. No. 2, 235-247.

Kendall, P. C and Warman, M. J. (1996). Emotional disorders in youth In frontiers of cognitive therapy (ed. P. Salkovskis), pp. 509-530. New York: Guilford Press.

Kingdon, D. G., and Turkington, D. (1994). Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia. Hove: Lawrence Erlbaum Associate.

Kirk, J. (1991). Cognitive-behavioral assessment. In Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide (ed. K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, and D. M. Clark), pp. 13-51. Oxford University Press.

Koriat, A (1998). Illusions of knowing: The link between knowledge and metaknowledge: In metacogition: Cognitive and social dimension (ed. V. Y. Yzerbyt, G. lories and B. dardenne) pp. 16-34, London: Sage.

Kramarski, B., and Mevarech, Z. R.(1997). Cognitive-metacognitive training within a problem-solving based logo environment. British Journal of Educational Psychology. V. 67, 425-445.

Lazarus, R.(1991). Progress on a cognitive-motivation and relational theory of emotion. American Psychologist. v. 46, No. 8, 619 - 834.

Leitenbery, H, and Rosen, J.(1989). Cognitive-Behavioral

therapy with and without exposure plus response prevention in treatment of bulimia nervosa: comment on Agras, Schneider, Arnow, Raeburn, and Telch. Journal of Consulting and Clinical Psychology, v, 57, No. 6, 779-777.

Liese, B. S. and fraz, R. A. (1996). Treating substance use disorders with cognitive therapy: Lessons learned and implications for the future. In frontiers of cognitive therapy (ed. P. Salkovskis), pp. 470-508. New York: Guilford Press.

Linehan, M. M. Tutek, D. A., Heard, L. and Armstrong, H. L. (1995). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. Am J Psychiatry. 151 : 12, 1771 - 1776.

Lories, G., Dardenne, B., and Yzerbyt, Y. (1998). From social cognition to metacognition: In metacognition: Cognitive and Social Dimensions (ed. V. Y. Yzerbyt, G. Lories and B. Dardenne) PP. 1-15, London: Sage.

Maag, J. W. and Kotlash, J.(1994). Review of stress inoculation training with children and adolescents. Behavior Modification. V. 18. No. 4, 443 - 169.

Mahoney, M.J.(1993). Introduction to special section. Theoretical development in the cognitive psychotherapies. Journal of Consulting and Clinical Psychology. v 61 No. 2,

187 - 193.

Mathews, A. (1997). Information-processing biases in emotional disorders. In Science and practice of cognitive behavior therapy (ed. D. M. Clark and C. G. Fairburn), pp. 47-66. Oxford University Press.

Mattick , R.P, and Peters, L .(1989). Treatment of severe social phobia : Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. Journal of Consulting and Clinical Psychology. v. 56 No. 2. 215 - 260.

McGinn, L. K. and Toung, J. E. (1996). Schema-focused therapy. In frontiers of cognitive therapy (ed. P. Salkovskis), pp. 182-207. New York: Guilford Press.

McInerney, V., McInerney, M., and Marsh, H. W.(1997). Effect of metacognitive strategy training within a cooperative group learning context on computer achievement and anxiety: An aptitude-treatment interaction study. Journal of Educational Psychology. V. 89, No. 4. 686-695.

McMullin, R. E. (1986). Handbook of cognitive therapy. New York : W. W. Norton and Company.

Meichenbaum. D.(1993). Changing conceptions of cognitive Behavior modification: Retrospect and prospect. Journal of Consulting and Clinical Psychology. v. 61. No. 20. 202 - 204.

Meichenbaum, D.(1985). Stress inoculation training. New York : Pergamon Press.

Miller, R. C. and Berman, J. S.(1983). The efficacy of cognitive Behavior therapies: A Quantitative review of the research evidence. Psychological Bulletin. v. 94. No. 1. 39 - 53.

Neimeyer, R. A. (1993). Constructivist approaches to the measurement of meaning: In constructivist assessment : A casebook (ed. G. J. Neimeyer) pp. 58-103, London: Sage.

Neimeyer, R.A.(1993). An appraisal of constructivist psychotherapies. Journal of Consulting and Clinical Psychology. v 61 No. 2, 221 - 234.

Nolen-Hoeksema, S, Girgus, J. S. and Seligman, M. AE.(1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms : A 5 - year longitudinal study. Journal of Abnormal Psychology. V. 101 No. 3. 405 - 422.

Oei, T. P. S. and free, M. L.(1995). Do cognitive behavior therapies validate cognitive models of mood disorder? A review of the empirical evidence. International Journal of Psychology. 30 (2), 145 - 179.

Padesky, C. A.(1994). (A. Cassette). Cognitive therapy of

obsessive compulsive disorder and hypochondriasis. Newport, Center for Cognitive Therapy.

Padesky C. A. (1996). Developing Cognitive Therapist competency: Teaching and supervision models. In frontiers of cognitive therapy (ed. P. Salkovskis), pp. 266-292. New York: Guilford Press.

Padesky, C. A. (A. Cassette).(1993). Socratic Questioning in cognitive therapy: Newport Beach, Center for Cognitive Therapy.

Padesky, C. A. and Greenberger, D. (1995). Clinician's guide to mind over mood. New York: Guilford Press.

Phares, E. J. (1984). Clinical psychology: concepts, methods and professions. Homewood: The Dorsey Press.

Rachman, S. (1996). The evolution of cognitive behavior therapy. In frontiers of cognitive therapy (ed. P. Salkovskis), pp. 1-26. New York: Guilford Press.

Reardon, K. K. (1991). Persuasion in practice. London : Sage.

Reber, A. S. (1995). Dictionart of osychology. London : Penguin Books.

Register, A. C. Beckham, J. C., May. J. G., and Gustafson, D.J.(1991). Stress inoculation bibliotherapy in the

treatment of test anxiety. Journal of Counseling Psychology. v. 38. No. 2. 115 - 119.

Robins, C.J. and Hayes, A. M.(1993). An appraisal of cognitive therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology. v 61. No. 2, 205 - 214.

Salkovskis, P. M. (1991). Somatic problems. In Cognitive behavior therapy for psychiatric problems problems: A practical guide (ed. K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, and D. M. Clark), pp. 235-276. Oxford University Press.

Salkovskis, P. M. (1996). The cognitive approach to anxiety: Threat beliefs, Safety-seeking behavior, and the special case of health anxiety and obsessions. In frontiers of cognitive therapy (ed. P. M. Salkovskis), pp. 48-74, New York: Guilford Press.

Salkovskis, P. M. and Bass, C. (1997). Hypochondriasis. In Science and practice of cognitive behavior therapy (ed. D. M. Clark and C. G. Fairburn), pp. 313-340. Oxford University Press.

Salkovskis, P. M. and Kirk, J. (1991). Obsessional disorders. In Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide (ed. K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, and D. M. Clark), pp. 129-168. Oxford

University Press.

Salkovskis, P. M. and Kirk, J. (1997). Obsessive-compulsive disorder. In Science and practice of cognitive behavior therapy (ed. D. M. Clark and C. G. Fairburn), pp. 179-208. Oxford University Press.

Salkovskis., P. M. (1996). Cognitive-Behavioral approaches to the understanding of obsessional problems: In current controversies in the anxiety disorders (ed. R. M. Rapee) pp. 103-133, New York : Guilford Press.

Sarason, I.(1984). Stress, Anxiety and Cognitive interference, Reactions to tests. Journal of Personality and Social Psychology, v. 46,No.4, 929 - 936.

Schwartz, J. M. and Beyette, B. (1996). Brain lock: free yourself from obsessive- compulsive behavior. New York: Regan Books.

Seiden, D.Y.(1994). Behavior and cognitive therapy in France : An oral history. J. Behav. & Exp. Psychiat. V. 25. No. 2. 105 - 112.

Sotsky, S. M. Elkin, L., Watkins, J. T., Collins, J. F., Shea, M. T., Leber, (1990). Three treatment for depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology . v. 58. No. 3, 352 - 359.

Spiegel, D. A., Bruce, T. J., Gregg, S. F. and Nuzzarello, A.(1994). Does cognitive behavior therapy assist slow-taper alprazolam discontinuation in panic disorder. Am J Psychiatry.151:6, 876-881.

Strauman, T.(1989). Self - Discrepancies in clinical depression and social phobia : Cognitive structures that underlie emotional disorders? Journal of Abnormal Psychology. v. 98. No. 1. 14 - 22.

Stroud, Jr. W. L.(1994). A Cognitive-behavioral view of agency and freedom. American psychologist.v. 49. No.2. 142-143.

Teasdale, J. D. (1996). Clinically relevant theory: Integrating clinical insight with cognitive science. In frontiers of cognitive therapy (ed. P. M. Salkovskis), pp. 26-47. New York: Guilford Press.

Teasdale, J. D. (1997). The relationships between cognition and emotion : the mind-in- place in mood disorder. In Science and practice of cognitive behavior therapy (ed. D. M. Clark and C. G. Fairburn), pp. 67-94. Oxford University Press.

Teasdale, J. D., and Barnard, P. B. (1993). Affect, cognition and change: Re-modeling depressive thought. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.

Telch, C.F., Agras, W,S., Rossiter, E.M., Wilflely, D. and Kenardy, J.(1990). Group Cognitive-Behavioral treatment for the nonpurging bulimic: An initial evaluation. Journal of Consulting and Clinical Psychology v. 58, No. 5, 629 - 635.

Thase, M.E., Reynolds III, C. F. frank, E., Simons, A. D. McGeary, J., Fasiczka, A. L., Garamoni, G. Q., Jennings, J.R., and Kuprer, d. J.(1994). Do depressed men and women respond similarly to cognitive behavior therapy. Am J Psychiatry .15/ : 4,500 505

Thyer, B. A. (1987). Treating anxiety disorder: A guide for human service professionals. London: Sage.

Tiffany M. S. T. A.(1990). A cognitive model of drug urge and drug-use behavior: Role of automatic and nonoutomatic processes. Psychological Review. v. 97. No. 2. 147 - 168.

Trower, P., Casey, A., and Dryden, W. (1992). Cognitive behavioral counseling in action. London : Sage.

Truax, P.A. Addis, M. E. Konerner, K., Gollan, J.K. Gortner, E and Prince, S.E. (1996). A Component Analysis of cognitive treatment for depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology. v. 64. No. 2. 295 - 304.

Viney, L. L. (1993). Listening to what my clients and I say: Content analysis categories and scales. In constructivist

assessment : A casebook (ed. G. J. Neimeyer) pp. 104-142, London: Sage.

Vitousek, K. M. (1996). The current status of cognitive-behavioral models of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In frontiers of cognitive therapy (ed. P. Salkovskis), pp. 383-418. New York: Guilford Press.

Watts F.N.(1992). Applications of current cognitive theories of the emotions to the conceptualization of emotional disorders. British Journal of Clinical Psychology. 31, 153 - 167.

Wegner. D. M.(1994). Ironic processes of mental control. Psychological Review. v. 101. No, 1. 34 - 52.

Wells, A. and Butler, G. (1997). Generalized anxiety disorder. In Science and practice of cognitive behavior therapy (ed. D. M. Clark and C. G. Fairburn), pp. 155-178. Oxford University Press.

Wells, A. and Matthews, G. (1994). Attention and emotion: A clinical perspective. Hove: lawrence Erlbaum Associates.

Whisman , M.A., Miller ,1.W., Norman.W,H. and Keitner ,G.I. (1991). Cognitive therapy with depressed inpatients: Specific effects on dysfunctional cognitions. Journal of Consulting and Clinical Psychology.v.59.No.2, 282 288

Wilfely, D.E. Agras, W.S, Telch C., Rossiter,E.M, Schneidr, J.A., Cole A. G. Sifford, L. and Raeburn, S.D.(1993). Group Cognitive - Behavioral. theory and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual : A controlled companion. Journal of Consulting and Clinical Psychology, v. 61, No. 2, 296 - 305.

Williams, J. M. (1996). Memory processes in psychotherapy. In frontiers of cognitive therapy (ed. P. Salkovskis), pp.97-113. New York: Guilford Press.

Williams, J. M. (1997). Depression. In Science and practice of cognitive behavior therapy (ed. D. M. Clark and C. G. Fairburn), pp. 259-284. Oxford University Press.

Wills, F. and Sanders, D. (1997). Cognitive therapy: Transforming the image. London: sage.

Wilson, G.T. and fairburn, C.G.(1993). Cognitive treatment for eating disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology,V,61. No. 2, 361 - 269.

Wright, J. H. (1996). Inpatient cognitive therapy. In frontiers of cognitive therapy (ed. P. Salkovskis), pp. 208-225. New York: Guilford Press.

Young, H. F. and Bentall, R.P.(1995). Hypothesis testing in-patients with persecutory delusional: Comparison with

depressed and normal subjects. British Journal of Clinical Psychology.34. 353 - 369.

Zarb, J. M. (1992). Cognitive-behavioral assessment and therapy with adolescents. New York: Brunner/Mazel.




محمد خطاب